40 25

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928 **THÈSE** N° 336

POUR LE

# DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**Solange LAVAULT**

Née le 27 avril 1903 à Nevers (Nièvre)

# DE LA SENSIBILITÉ UTÉRINE DANS L'APRÈS-PART

## VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

*Président :* M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1928 **THÈSE** N°

POUR LE

# DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

**Solange LAVAULT**
Née le 27 avril 1903 à Nevers (Nièvre)

# DE LA
# SENSIBILITÉ UTÉRINE
## DANS L'APRÈS-PART
### VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

*Président :* M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1928

# 1. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Hydrologie, thérapeutique et climatologie | Maurice VILLARET |
| Anatomie | ROUVIÈRE. |
| Anatomie médico-chirurgicale | CUNEO. |
| Physiologie | ROGER. |
| Physique médicale | STROHL. |
| Chimie organique et chimie générale | DESGREZ. |
| Bactériologie | LEMIERRE. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | BRUMPT. |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel LABBE. |
| Pathologie médicale | SICARD. |
| Pathologie chirurgicale | LECENE. |
| Anatomie pathologique | ROUSSY. |
| Histologie | CHAMPY. |
| Pharmacologie et matière médicale | TIFFENEAU. |
| Thérapeutique | LOEPER. |
| Hygiène | N... |
| Médecine légale | BALTHAZARD. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | MENETRIER. |
| Pathologie expérimentale et comparée | RATHERY. |
| Clinique médicale | CARNOT. BEZANÇON ACHARD. WIDAL. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | MARFAN. |
| Clinique des maladies des enfants | NOBECOURT. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. CLAUDE. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | JEANSELME. |
| Clinique des maladies du système nerveux | GUILLAIN. |
| Clinique des maladies infectieuses | TEISSIER. |
| Clinique chirurgicale | DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET. |
| Clinique ophtalmologique | TERRIEN. |
| Clinique urologique | LEGUEU. |
| Clinique d'accouchements | COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN. |
| Clinique gynécologique | J.-L. FAURE. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | OMBREDANNE. |
| Clinique thérapeutique médicale | VAQUEZ. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | SEBILEAU |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | DUVAL. |
| Clinique propédeutique | SERGENT. |
| Professeur sans chaire | BRANCA |
| Clinique de la tuberculose | L. BERNARD. |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM | |
|---|---|
| BRAMI | Pathologie médicale. |
| **ALAJOUANINE** | **Neurologie et psychiâtre** |
| AUBERTIN | Path logie médicale. |
| BASSET | Pathol gie chirurgicale. |
| BAUDOUIN | Pathologie médicale. |
| BINET | Physiologie. |
| BLANCHETIERE | Chimie biologique. |
| **BROCQ** | **Pathologie chirurgicale.** |
| BRULÉ | Pa holog e médicale. |
| CADENAT | Pathologie chirurgicale |
| **CHABROL** | **Pathologie médicale.** |
| CHIRAY | Pathologie médicale. |
| CLERC | Pathologie médicale. |
| DEBRE | Hygiène. |
| **DOGNON** | **Physique.** |
| **DONZELOT** | **Pathologie médicale.** |
| DUVOIR | Médecine légale. |
| ECALLE | Obstétrique. |
| **FESSINGER** | **Pathologie médicale.** |
| GARNIER | Pathologie expériment. |
| **GATELLIER** | **Pathologie chirurgicale.** |
| HARVIER | Pathologie médicale. |
| HEITZ-BOYER | Urologie. |

| MM. | |
|---|---|
| HOVELACQUE | Anatomie. |
| **HUTINEL** | **Pathologie médicale.** |
| JOYEUX | Parasitologie. |
| LABBE (Henri) | Chimie biologique. |
| LARDENNOIS | Pathologie chirurgicale. |
| LEMAITRE | Oto-rhino-laryngologie. |
| **LEROUX** | Anatomie pathologique. |
| LEVY-SOLAL | Obstétrique. |
| LHERMITTE | Pathologie mentale. |
| LIAN | Pathologie médicale |
| MATHIEU | Pathologie chirurgicale. |
| METZGER | Obstétrique. |
| MONDOR | Pathologie chirurgicale. |
| MOURE | Pathologie chirurgicale. |
| MULON | Histologie. |
| PHILIBERT | Bactériologie. |
| **QUENU** | **Pathologie chirurgicale.** |
| RICHET Fils | Physiologie. |
| **SEZARY** | **Dermatologie et Syphiligraphie.** |
| VALLERY-RADOT (P.) | **Pathologie médicale.** |
| VAUDESCAL | Obstétrique. |
| **VELTER** | **Ophtalmologie.** |
| VERNE | Histologie. |

## III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

| M | |
|---|---|
| **BUSQUET** | **Pharmocologie.** |
| [illegible] | Obstétrique. |
| LEQUEUX | **Obstétrique.** |
| **NEVEU-LEMAIRE** | **Parasitologie.** |

| M | |
|---|---|
| RETTERER | Histolog[illegible]. |
| TANON | Pathologie m[illegible]e |
| ZIMMERN | Physipue. |

## IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### à titre permanent

MM.

**ALGLAVE**. . . .
AUVRAY . . . . } Clinique chirurgicale.
CHEVASSU . . .
**LAIGNEL-LAVASTINE**. Clinique médicale.
**LE LORIER** . . . **Clinique obstétricale.**
LEREBOULLET . Clinique médicale infantile.

MM.

LERI . . . . . } Clinique médicale.
GOUGEROT. . .
**MOCQUOT**. . . . **Clinique chirurgicale.**
PROUST . . . . Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ . . . Clinique chirurgicale

## V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé . . . } Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY . . . . . Stomatologie.
**CHAILLEY-BERT** . . . . . Education physique.
LEDOUX-LEBARD . . . . . Radiologie et clinique.

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PERE

LE DOCTEUR A. COURTET

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

*En remerciement de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.*

## INTRODUCTION

Qu'il nous soit permis d'adresser à M. le Professeur agrégé Le Lorier, accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut, l'expression de notre reconnaissance pour le choix de notre sujet de thèse, et de notre gratitude pour ses bienveillants conseils, ses précieuses leçons et le bon accueil qu'il nous a fait à la Maternité de Boucicaut.

Le point de départ de cette thèse, inspirée par M. Le Lorier, est le suivant :

M. Le Lorier reçut un jour dans son cabinet, la visite d'un médecin praticien, du département du Nord, faisant annuellement un assez grand nombre d'accouchements. Au cours de la conversation le médecin déclara que toutes les fois qu'il trouvait, chez une de ses accouchées, de la sensibilité des cornes utérines, même sans température, il pratiquait un curettage.

Cette manière de faire parut tellement stupéfiante à M. Le Lorier qu'il se promit bien, à la première occasion, de procéder à quelques recherches sur la sensibilité utérine pendant l'après-part, sensibilité, au sujet de laquelle il avait déjà une opinion bien nette, d'ail-

leurs en concordance avec celle de la plupart des accoucheurs, opinion qui ne lui permettait pas de considérer ce signe comme ayant une bien grande gravité.

C'est pourquoi il nous a fait l'honneur de reprendre l'étude de cette question, à la vérité, limitée et modeste, et d'en faire l'objet d'un travail qui ne serait peut-être pas complètement inutile, s'il pouvait ramener à une pratique plus rationnelle et plus pondérée les médecins qui se lancent dans des méthodes thérapeuthiques aussi risquées. Nous voulons espérer que le nombre de ces audacieux n'est pas très élevé.

M. Le Lorier nous a proposé de rechercher systématiquement la sensibilité de l'utérus pendant les suites de couches normales ou subnormales et d'essayer d'évaluer la valeur séméiologique de ce signe, *perçu par le simple palper abdominal*. Ce symptôme est de constatation banale chez les accouchées ; il n'est généralement que peu ou pas mentionné dans les livres en dehors des cas où il accompagne une réaction abdomino-pelvienne manifeste. Son étude paraît donc mériter d'être reprise.

Nous avons examiné au hasard 185 femmes au fur et à mesure qu'elles se succédaient dans la salle des suites de couches, et nous avons méthodiquement recherché chez elles la sensibilité utérine au palper abdominal. Presque toutes ces femmes ayant eu des suites de couches apyrétiques, nous avons volontairement négligé de parler des femmes ayant subi des interventions par voie abdominale. Notre travail se limitera à l'étude de la sensibilité utérine chez des femmes dont les suites

de couches n'ont pas été compliquées d'infection puerpérale sévère. Autrement dit, nous nous demanderons quelle est la valeur de cette manifestation douloureuse chez des femmes, en apparence normales, sa fréquence, l'influence des multiples circonstances particulières à chaque accouchement dans sa production, ses rapports avec les phénomènes concomitants, et le pronostic qu'elle doit faire porter.

Voici le plan de notre travail :

1° Un rapide *historique.*

2° Nous rappellerons quels sont les *phénomènes cliniques habituels des suites de couches normales*, leur connaissance préliminaire étant indispensable à nos examens de malades.

3° Nous exposerons la *technique* de notre recherche.

4° *Observations.*

5° *Etude détaillée de la sensibilité* : *a*) ses caractères. — *b*) les phénomènes cliniques concomitants. — *c*) l'influence des antécédents et des circonstances dans lesquelles l'accouchement a eu lieu sur son apparition.

6° *Valeur séméiologique de la sensibilité* : *a*) cas où elle fut le signe d'une infection grave ou légère. — *b*) cas où des signes évidents d'infection ne s'accompagnèrent pas de sensibilité. — *c*) la sensibilité n'est pas non plus le résultat certain, la conséquence inévitable de certains antécédents pathologiques, d'interventions obstétricales, etc.

7° *On peut se demander quelle est la valeur pronostique.*

8° *Causes d'erreur* qui peuvent diminuer l'exactitude de tous les résultats précédents.

9° *Conclusions.*

## HISTORIQUE

Dès nos premières recherches dans les traités classiques et dans l'Index Medicus, nous avons d'emblée constaté que notre sujet n'a guère préoccupé les auteurs et que bien peu de gens se sont intéressés à la question. Ambroise Paré ne parle pas des suites de couches dans son traité de la Génération. Son élève Guillemeau ne s'y est pas intéressé non plus.

Au XVII^e^ siècle, St-Germain, Fournier, Viardel, Portal n'ont pas mentionné la marche rétrograde de l'utérus après l'accouchement ni l'existence de sensibilité utérine dans le post-partum.

Mauriceau parle des lochies et des tranchées utérines.

Au XVIII^e^ siècle, Puzos fait allusion au retrait de l'utérus, mais sans insister sur la nécessité d'un examen fréquent ou journalier de l'accouchée permettant de noter de la sensibilité utérine au cas où il en existerait.

Levret, qui consacre cependant un chapitre spécial à l'étude des suites de couches, n'insiste pas davantage

sur le sujet, ou plus exactement ne le mentionne pas davantage.

A la fin du XVIII^e siècle, Baudeloque en France, Smellie en Angleterre, Stein et Rœderer en Alemagne, n'attachent sans doute aucune importance à la sensibilité de l'utérus, ou même à la simple évolution utérine puisqu'il n'en est pas question dans leurs œuvres.

Au XIX^e siècle, Madame Lachapelle et Madame Boivin ont omis d'étudier l'involution utérine et la sensibilité que peut provoquer la pression de l'utérus non encore revenu à ses dimensions normales.

En 1826, Stolz, dans sa thèse inaugurale, étudie l'involution utérine, mais laisse dans l'ombre le point particulier qui nous occupe.

Il en est du reste de même de tous les auteurs du XIX^e siècle.

Il est intéressant néanmoins de remarquer que si nul n'a eu l'idée de se préoccuper du plus ou moins de sensibilité éveillée par la pression abdominale sur un utérus post-partum, des maîtres de l'obstétrique se préoccupèrent d'étudier l'utérus pendant les suites de couches.

Maygrier en 1840, Chailly en 1845, Jacquemin en 1846, Guérin en 1858 décrivent l'involution utérine, cherchent à mesurer le retrait de l'utérus et cherchent à apprécier par le palper sa consistance et sa position.

Wieland écrit une étude sur le même sujet.

En 1869, Autefage donne un procédé de mensuration de la régression utérine, en 1875, Garipuy de Toulouse, écrit une revue générale de la question. Le Docteur De-

paul consacre une de ses cliniques à l'involution utérine.

En 1880, un nouveau procédé d'exploration utérine : l'hystérométrie interne est employé par Charpentier en France, et Sinclair en Amérique. Arnaud, Milsom et Ganzinotti en étudient les résultats dans leur thèse.

Silvie en 1889, Desplats en 1899, Leclerc-Montmoyen en 1903, Gamacho en 1903, Goldenberg, Valette en 1910 ont eux aussi consacré leur thèse à l'étude de l'utérus puerpéral, mais s'attachant à l'étude de l'involution, précisant les notions déjà acquises sur le sujet. Les auteurs qui parlent de la sensibilité utérine provoquée par le simple palper ne la mentionnent que dans le cas de suites de couches fébriles, et n'ont paru attacher aucune importance au palper douloureux chez des femmes dont les suites de couches sont aseptiques et chez lesquelles aucun infection cliniquement constatée n'est venue compliquer la période de l'involution utérine.

Nous allons maintenant étudier *l'opinion des auteurs classiques contemporains.*

Nous avons eu beaucoup de mal à découvrir quelques auteurs qui aient parlé de palper douloureux dans ce cas.

L'Ecossais Campbell dans son « Introduction to the study and practice of midwifery » nous parle de sensibilité utérine perçue par le palper dans le cas de suppression des lochies.

« When the discharge ceases too early, the patient has pains in the hypogastric region, which frequent-

ly dart towards one or both ovaria; the belly becomes tense and painful to the touch; the first warning which the patient has probably, is pain on the abdomen when the nurse is adjusting the binder, which, it is observed, cannot be applied as firmly as before, without occasioning great uneasiness. »

Dans la troisième édition du Traité de la pratique de l'art des accouchements » de Bar Brindeau, J. Chambrelent, nous lisons qu' « après la délivrance, c'est surtout le palper qui va donner des renseignements exacts sur l'état de l'organe. Cet examen, s'il est fait avec douceur n'est pas douloureux, il peut cependant déterminer un certain malaise chez une femme qui n'aspire qu'au repos. »

Mais à notre grande déception, nous n'avons rien trouvé de plus détaillé sur ce malaise et cette douleur que peut provoquer le palper, non plus immédiatement après la délivrance, mais dans les jours qui suivent.

La douleur abdominale qui arrache des cris à la malade même par un palper très doux, dans le cas de complication puerpérale sévère, s'accompagnant de tous les signes de la péritonite localisée, est au contraire mentionnée par tous les auteurs comme symptôme capital et nous aurions pu trouver d'abondants documents sur ce chapitre. Mais tel n'était pas notre sujet puisque nous recherchions la sensibilité seulement dans l'après-part normal ou subnormal. De ce cas il n'en est guère question dans les auteurs.

Nous n'en sommes du reste pas très surpris. En effet, c'est un symptôme de deuxième ordre seulement. Tous

les livres insistent sur l'importance capitale que le médecin doit attacher à l'accélération du pouls ou l'élévation thermique quand il visite une accouchée, mais ne le mettent pas en garde contre une sensibilité utérine, aussi légère que fugace, provoquée par le palper, qui, disparaît le plus souvent en 2 ou 3 jours sans laisser de traces.

Il est juste de dire que les auteurs classiques parlent tous de sensibilité utérine au palper dans le cas d'endométrite puerpérale bénigne mais en général ils y attachent une trop grande valeur, ou du moins, ils en font le symptôme d'une complication déjà plus grave et plus inquiétante que dans les cas où nous l'avons nous-même observée.

Voici ce que dit Ribemont-Dessaignes dans son édition de 1914 :

**Endométrite puerpérale bénigne.**

L'endométrite puerpérale est le premier degré de l'infection utérine.

« Cette forme bénigne ne s'observe que dans les cas où l'infection s'est localisée à la muqueuse. »

Le frisson peut manquer, on constate alors seulement une élévation de température en même temps qu'une sensation de pesanteur et de sensibilité au niveau de l'utérus. Les lochies sont moins abondantes, deviennent fétides et prennent une coloration jaune sale ou noirâtre. Dans certains cas, les lochies contiennent des lam-

beaux de caduque. Au palper, l'utérus est douloureux, particulièrement au niveau des annexes, sur les parties latérales de l'utérus. Le toucher, si par hasard on le pratique, montre que le vagin est chaud, que les culs-de-sac sont souples et que l'utérus est gros et douloureux.

Faisant partie de cette forme bénigne de l'endométrite puerpérale, l'endométrite putride est celle qui guérit le plus vite et le mieux par le curettage dont le premier effet est la chute de température.

L'année précédente, en 1919, l'Américain Joseph Lee, écrivait dans : *The Principles and practice of obstetrics*, p. 838, Pathology of the puerperium. »

*Endometritis diagnosis* has no characteristic of symptoms. With the usual manifestation of infection one finds a large, sensitive uterus, evidences of slight peritoneal irritation and altered lochia.

The absence of signs of peritonitis and of tumor eliminates localization outside the uterus.

*Symptoms.* For the first two or three days the puerpera is fairly well but an acute observer will find that there are vague indications of brewing trouble: slight malaise, unrest at night, pain in the uterus, prolonged after pain, or their recurrence after having subsided, will attract the accoucheur's attention. On the third, fourth or fifth day, there is a slight chill or chilly sensation, with rise of temperature and all the usual febrile symptoms.

Objectively pouls 100-140, temp. 101-104 Farenheit.

The uterus is larger than it should be on the day,

nd softer than normal that is in a state of retarded involution. Rarely tenderness is absent and the sides are often sensitive to even slight palpation; the lochia at the very first are unaltered but within forty-four hours become serous, flesh-water colored or seropurulent.

Fabre (édition de 1924) distingue dans son étude clinique des diverses formes d'infections puerpérales.

1° *Formes vaginales.* — Les symptômes sont plus nets. L'état général est bon, mais la température rectale s'élève régulièrement entre 37 °, 8 et 38 °, 5 et cela pendans plusieurs jours, le pouls est un peu rapide.

Les lésions locales sont nettes. L'utérus reste normal. Pas de douleur à la pression du corps; l'évolution se poursuit.

Les lochies au début ne sont pas modifiées dans leur aspect; elles sont rouges ou roses.

Ce n'est qu'au bout de quelques jours que la fétidité apparaît.

Le pronostic est favorable; la fièvre dure de quatre jours à une semaine; mais les complications les plus imprévues peuvent se produire.

2° *Forme utérine.* — Endométrite, l'infection utérine débute habituellement vers le quatrième jour; dans les formes graves, le début peut être plus précoce.

*Prodromes.* — Dès le troisième et le quatrième jour, l'accouchée est un peu agitée; elle dort mal; la température n'est pas absolument normale, elle oscille entre 37°, 6 et 38°; le pouls est nettement accéléré par rap-

port à la température. Du côté de l'utérus et des lochies on ne constate pas de phénomènes anormaux. Le soir du 4e jour, frisson, température à 40°.

*Symptômes locaux.* — Les premiers jours, ces signes sont très peu marqués; *l'abdomen n'est pas douloureux à la pression*; *c'est à peine si l'utérus l'est un peu.*

L'involution utérine s'arrête, lochies nullement modifiées jusqu'au moment où elles cessent complètement la montée laiteuse ne se fait pas.

*Toucher.* — Aucune localisation; le vagin est chaud et sec; l'utérus est plus gros que normalement; la palpation combinée avec le toucher ne provoque pas de douleurs. Dans les jours suivants, l'utérus augmente de volume, devient douloureux à la pression.

Voici maintenant, dans l'édition de 1927 du traité de Bar-Brindeau, une étude clinique des formes de l'infection puerpérale où l'on passe en revue les symptômes de l'endométrite puerpérale.

*Signes locaux.* — L'altération des lochies est de tous les signes locaux le plus constant. Les lochies peuvent être diminuées ou même *complètement supprimées* comme dans le cas d'endométrite par lochiométrie ou drainage insuffisant de l'utérus. Plus souvent elles sont particulièrement abondantes; il en est ainsi surtout dans les cas où il y a eu rétention de débris ovulaires. Au lieu d'être rouges, puis rosées, et enfin séreuses, elles sont grisâtres, sales, chocolatées; elles peuvent charrier des débris sphacélés.

La *douleur spontanée* est un symptôme infidèle. Elle

peut se présenter sous forme de coliques ou de tranchées qui se prolongent au delà du 3e ou 4e jour.

La *douleur provoquée* a au contraire, une valeur bien plus grande. Cette douleur a des points d'élection au niveau des cornes de l'utérus. Il s'agit habituellement d'un point très limité, exactement à l'angle de l'utérus, alors que le reste de l'organe est indolore. L'examen de l'utérus permet de se rendre compte du retard de *l'involution utérine.*

Nous trouverions des renseignements analogues dans les autres traités classiques, le précis de Schwaab et Maygrier, celui de Dubrisay et Jeannin, celui de Wallich. La sensibilité utérine n'est jamais mentionnée dans le chapitre des suites de couches physiologiques, néanmoins tous les auteurs décrivent ce signe comme symptôme d'endométrite puerpérale bénigne ou d'endométrite puerpérale grave à sa phase de début.

## ETUDE CLINIQUE

Nous allons résumer brièvement les notions classiques des chapitres de la délivrance et des suites de couches qui pourraient jeter quelque lumière sur notre sujet.

La recherche de la sensibilité utérine par le palper abdominal pendant le post-partum n'est possible que pendant la période d'involution utérine cliniquement appréciable, c'est-à-dire pendant les 12 jours (en moyenne) que met le fond utérin situé aussitôt après la délivrance à 13 centimètres de la symphyse pubienne à réintégrer progressivement le petit bassin et enfin à disparaître derrière la symphyse qui normalement le dérobe à tout examen.

### Notions sommaires sur l'involution utérine

Il nous faut donc quelques précisions sur cette régression progressive de l'utérus qui, en 12 jours, d'abdominal devient pelvien, des notions rapides sur la forme, la situation, la consistance habituelles de l'utérus physiologique des suites de couches, sur l'aspect des lochies,

les tranchées utérines et les phénomènes accompagnant habituellement la régression utérine nous seront également indispensables. Nous pouvons ainsi dans le cas où l'existence de sensibilité utérine s'accompagnerait de modification de la situation utérine, de suppression des lochies, d'élévation de température, établir une relation de cause à effet, et attribuer une valeur séméiologique à la sensibilité utérine perçue, ce qui est précisément le but de notre travail.

### *Situation normale de l'utérus dans les suites de couches.*

Pendant le post-partum, l'utérus, nous disent les classiques, peut être médian, mais s'incline le plus souvent sur un des côtés en général à droite comme pendant la grossesse.

Pendant l'involution « l'utérus change de situation à mesure qu'il devient organe pelvien, son inclinaison latérale à droite disparaît, l'utérus devient médian; puis reprend son antéversion normale. Dans certains cas, l'antéversion peut s'exagérer, le fond vient se cacher en basculant derrière le pubis. Il peut en résulter une rétention des lochies et la main palpant l'abdomen juste au-dessus du publis réveillera une douleur assez vive.

Dans quelques autres cas, l'utérus au lieu de reprendre sa situation normale se place en rétroversion, qui peut elle aussi être une cause d'infection et par conséquent

de sensibilité utérine. surtout si le corps de l'utérus. au lieu de rester dans le cavum rétro-utérin plonge dans l'arrière-fond du Douglas, et vient s'étrangler entre les ligaments utéro-sacrés, ce qui favorise une congestion de l'utérus.

Il nous faudra donc dans le cas où nous réveillerons de la douleur par le palper abdominal surveiller attentivement l'attitude de l'utérus.

*Forme. — Consistance de l'utérus.*

L'utérus pendant la durée de l'involution, présente, nous dit-on, une forme globuleuse — il est de consistance ferme. Nous aurons donc peut-être des indications intéressantes si la sensibilité utérine s'accompagne de modification de la forme utérine habituelle dans le cas d'utérus cordiforme, par exemple, ou bien présentant une corne anormalement développée, et surtout dans le cas de modification de la consistance utérine normale, si elle paraît particulièrement molle ou au contraire particulièrement dure.

Mais c'est surtout le rapport entre le degré de l'involution utérine et la sensibilité qui pourra offrir des indications intéressantes.

*Volume de l'utérus. — Mesure journalière de sa hauteur au-dessus du pubis.*

Il est classique d'écrire dans les petits manuels d'études que le fond de l'utérus est situé à :

13 cm. au-dessus du pubis sitôt après la délivrance;
11 cm. — — , le deuxième jour;
10 cm. — — , le troisième jour.

Derrière le pubis du 9e au 12e jours après une régression moyenne d'environ un centimètre par jour, ces mesures étant faites, bien entendu, après évacuation de la vessie et du rectum, dont la réplétion soulèverait l'utérus, grâce à l'élasticité du segment inférieur, et fausserait les résultats obtenus.

Ces notions classiques sont parfois en défaut, et, dans la pratique, l'examen de l'utérus par le palper abdominal permet de constater d'assez nombreuses variations des chiffres traduisant la hauteur utérine journalière moyenne pendant le retrait ou l'involution apparente de cet organe.

On est, du reste, frappé de constater que tous les auteurs ne sont pas absolument d'accord à ce sujet.

Pour Wieland, le fond de l'utérus disparaît le 10e ou le 11e jour derrière le pubis. Depaul, dont chacun sait qu'il mesurait la hauteur utérine au moyen d'une sorte de compas, dont une branche était introduite dans le vagin, au contact du col, tandis que l'autre au-dehors, s'appliquait au niveau du fond de l'utérus, arrive lui aussi aux mêmes conclusions.

Charpentier trouve que dans les 10 premières journées de suites de couches, la diminution de la hauteur utérine est en moyenne de 1 cm. par jour et que l'utérus disparaît dans le petit bassin du 10e au 12e jour.

Autefage observe que la décroissance en hauteur est

plus marquée dans les premières journées et qu'à partir de la 4e, elle devient constante. Il nous donne le tableau suivant :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| le 1er jour | le fond utérin | et à | 12 cm. 5 | au-dessus du | pubis |
| le 2e | — | — | 10 cm. 9 | — | — |
| le 3e | — | — | 10 cm. 09 | — | — |
| le 4e | — | — | 8 cm. 8 | — | — |
| le 5e | — | — | 7 cm. 8 | — | — |
| le 6e | — | — | 6 cm. 7 | — | — |
| le 7e | — | — | 6 cm. 3 | — | — |
| le 8e | — | — | 5 cm. 3 | — | — |
| le 9e | — | — | 4 cm. | — | — |
| le 10e | — | — | 3 cm. | — | — |
| le 11e | — | — | 2 cm. | — | — |

Milsom avec 115 observations donne un tableau semblable. On y voit la décroissance plus grande dans la première journée 1 cm. 25. A partir de la 4e, la diminution est moindre, égale en moyenne à 0 cm. 45. En outre, d'après lui, l'utérus se maintient à la même hauteur, aux 8e et 9e jours de suites de couches normales.

Ganzinotti, classe ses observations en 2 catégories. Les unes à involution lente, le fond de l'utérus disparaît derrière le pubis du 12e au 15e jour, les autres à involutin rapide, le fond disparaît du 11e au 12e jour.

Dans les ouvrages les plus récents, les tableaux d'involution diffèrent sensiblement. Ceux de Leclerc-Montmoyen et Valette donnent des chiffres assez forts. Dans le tableau de Gamacho, les nombres moins élevés rappellent ceux d'Autefage, mais les diminutions journalières se distinguent considérablement dans les dernières journées où Gamacho les trouve très accusées.

Nous avons longuement insisté sur ce point, car nous lui attribuons une grande importance. La recherche méthodique de la sensibilité utérine que nous avions entreprise chez les femmes des suites de couches, nous a obligé à mesurer chaque jour la hauteur utérine. Nous n'avons pas naturellement cherché à atteindre une précision aussi grande qu'Autefarge et nous avons résolument négligé les millimètres, estimant que nous pouvions nous contenter de l'ordre de grandeur du centimètre !

Nous rechercherons aussi à l'occasion, quand la mesure utérine nous aura montré un utérus en retard ou en avance sur l'évolution normale, s'il y a ou non de la sensibilité utérine.

Notre étude nous a également obligé à l'examen méthodique des lochies, dont nous allons caractériser l'aspect normal et indiquer toute l'importance, leurs modifications traduisant toujours un état d'infection utérine et par conséquent de sensibilité utérine spontanée provoquée par le palper.

*Lochies*

Leur couleur est, dit-on, très variable : successivement rouge vif, rouge clair, rosée, c'est-à-dire que les lochies sont successivement sanglantes, sanguinolentes, séro-sanguinolentes et séreuses. La durée de leur écoulement est variable, en général les lochies sanglantes immédiatement après l'accouchement, sont sanguinolentes pendant 5 ou 6 jours pour n'être plus que séro-san-

nolentes et séreuses les jours suivants. Elles peuvent cependant reparaître sous l'influence des mouvements de l'accouchée, du lever, et constituent alors ce qu'on a appelé le *petit retour* de couches, qu'il faut différencier du véritable retour de couches qui se produit environ 6 semaines après l'accouchement.

Nous avons, pour notre travail, noté tout spécialement : leur couleur, leur abondance, et leur odeur qui normalement est fade, et qui devient fétide dans les cas d'infection. Il serait même utile, si la chose est possible, de noter si ce caractère précède ou suit l'apparition de sensibilité.

### *Tranchées utérines*

Il faut également nous demander quelles sont les relations entre les *tranchées utérines* des multipares, autrement dit les douleurs *spontanées*, véritables coliques dont l'utérus est le siège pendant les 3 ou 4 jours qui suivent l'accouchement, et la douleur *provoquée* par la pression du fond utérin à travers la pression abdominale.

Les tranchées utérines sont douloureuses parce que ce sont des contractions de toute la masse de l'utérus entraînant l'expulsion de sang ou de caillots. Il se pourrait que dans certains cas le palper soit douloureux parce qu'il réveille précisément des contractions, provoquant ainsi l'apparition des tranchées, mais alors, dans ce cas, la sensibilité devrait être plus grande chez les

multipares que chez les primipares qui ne présentent généralement pas de tranchées utérines. Nous possédons maintenant tous les éléments pour étudier avec fruit nos malades, et établir quelques conclusions sur les faits observés.

## TECHNIQUE

Nous avons consacré ces derniers mois à visiter chaque matin la salle des suites de couches. Nous allons décrire notre technique, les préliminaires de notre examen de l'utérus, les conditions indispensables à son exactitude, l'examen clinique complémentaire, et dont les résultats étaient fort utiles à notre interprétation de la sensibilité trouvée.

Notre technique c'est tout simplement celle de tous ceux qui pratiquent le palper abdominal, procédé d'investigations précieux mais qui manque parfois de précisions; on aimerait souvent le compléter, ou mieux encore le combiner au toucher vaginal.

Tel quel, il peut cependant rendre des services précieux et éveiller l'attention du médecin sur bien des phénomènes intéressants.

### Description de la méthode employée

Elle consiste «à promener avec soin la main sur l'abdomen de toute femme nouvellement accouchée, dans tout l'espace situé entre la symphyse pubienne et les

alentours de l'ombilic, légèrement au-dessus ou au-dessous suivant les cas ».

Cette palpation a pour but la recherche du fond de l'utérus. En poursuivant méthodiquement notre examen, et en palpant successivement les régions sus et sous-ombilicales, il est en général facile, chez les femmes dont la paroi abdominale n'est pas trop épaisse, et qui ne la contractent pas, dès que nous les touchons, de repérer le fond de l'utérus. « Cette région est aisément reconnue par le défaut de résistance; la main exploratrice s'enfonce brusquement en déprimant la paroi dans la cavité abdominale. »

Une fois le fond de l'utérus atteint, nous poursuivons notre examen en essayant de délimiter la forme générale de l'utérus. Nous exerçons successivement la même pression douce sur le fond, les faces latérales et le corps utérin lui-même, et nous notons l'existence ou l'absence de sensibilité de l'utérus à notre palper, et la localisation précise de la sensibilité, au cas où il en existerait.

De multiples conditions sont nécessaires au bon emploi de cette méthode et doivent être réalisées pour que nous puissions l'employer avec fruit.

**1° Préliminaires indispensables à notre examen.** — Nous ne pouvons dès notre entrée dans la salle des suites de couches nous précipiter sur les femmes, les découvrir, et nous mettre d'emblée à la recherche du fond utérin, et de sa sensibilité.

Au préalable, nous ferons comme pour tout malade de médecine ou de chirurgie, un court interrogatoire

qui aura pour but de nous renseigner sur les antécédents personnels de la femme :

*Son âge.*

*Ses antécédents pathologiques.* Nous noterons avec soin ceux qui ont de quelque façon que ce soit dû toucher l'utérus et le rendre plus sensible à l'infection : par exemple, l'existence de métrite antérieure se traduisant par une leucorrhée plus ou moins abondante.

*Les antécédents obstétricaux* nous intéresseront encore davantage.

Le nombre des grossesses antérieures est d'abord très utile à connaître. L'utérus des grandes multipares, sermené et distendu, nous paraissant à priori devoir présenter plus de sensibilité que celui des primipares. L'histoire des suites de couches précédentes, leur caractère fébrile ou non, leurs complications nous intéressent également de très près, l'existence d'une infection utérine antérieure pouvant expliquer d'une part la plus grande fréquence de la sensibilité utérine chez les multipares, d'autre part l'apparition de sensibilité ne s'accompagnant pas d'autres phénomènes cliniques associés, et dus simplement à la susceptibilité plus grande à la pression d'un utérus qui a déjà été malade.

Nous terminerons notre interrogatoire par tout ce qui touche à la *gestation actuelle.* Nous rechercherons et noterons avec soin, *les accidents* qui ont pu en troubler le cours et provoquer de la sensibilité utérine : leucorrhée, pyélonéphrite, maladies générales, traumatismes.

*Histoire de l'accouchement et de la délivrance* dont nous

lirons le compte rendu inscrit sur la feuille de température avant de commencer notre examen, en prenant grand soin de noter toutes les anomalies de chacun de ces deux épisodes qui ont pu affaiblir le muscle utérin et le mettre en état de moindre résistance vis-à-vis de l'infection.

### Conditions indispensables à l'exactitude des résultats donnés par l'emploi du palper abdominal

L'histoire de la femme nous étant connue, il est désirable pour obtenir tous les renseignements que notre méthode peut nous donner, que nos examens soient commencés pour chaque femme, dès le lendemain même de l'accouchement, qu'il soit quotidiennement répété et toujours à la même heure.

Nous avions choisi le matin, lorsque les femmes avaient terminé leur toilette. Il est en effet *indispensable*, pour éviter de nombreuses erreurs *que les femmes aient urinée et soient allées convenablement à la selle* afin, de ne pas avoir, au palper abdominal, de la sensibilité qui n'aurait rien d'utérin.

En ce qui concerne la technique proprement dite, il faut, pour que notre examen soit probant et ses résultats dignes d'intérêt :

1° *Que nous obtenions de la part de la femme un complet relâchement des muscles de la paroi abdominale* qui nous permettra d'enfoncer aisément dans la profondeur

à la recherche du fond utérin. Nous ferons respirer profondément la femme la bouche ouverte dans le cas où elle se raidirait.

2° *Nous devons surtout, et cette condition est capitale, porter, dans tous les cas, la main bien à plat sur l'abdomen, en palpant toujours avec la même douceur.*

Il est nécessaire de mettre la main bien à plat pour aborder l'abdomen par une large surface ce qui a plusieurs avantages. On évite les réflexes que provoqueraient les petites pressions, isolées mais plus désagréables des différents doigts de la main. On prend contact avec la paroi abdominale sur un plus grand territoire, ce qui permet de déterminer plus facilement et plus rapidement la position exacte de l'utérus.

Nous avons dit que la pression devait être douce, en effet nous évitons ainsi les réflexes de défense, et aussi la douleur qu'une pression énergique ne manquerait pas de produire, quels que soient les antécédents, et la physionomie clinique du cas que nous serions en train d'examiner.

Enfin cette palpation doit être progressive. Nous commencerons par poser simplement la main dans la région où nous croyons trouver le fond utérin, et petit à petit nous augmenterons l'intensité de notre pression, sans que la main ait jamais cessé d'être en contact avec la paroi. Nous déprimerons la paroi avec insistance, mais avec douceur, lenteur et patience.

Ainsi nous éviterons les causes d'erreur qu'entraînerait trop de hâte ou de brutalité.

2° **Examen clinique complémentaire.** — La découverte de la sensibilité sera utilement complétée par la recherche d'une série d'éléments cliniques qui nous renseigneront sur l'état de la femme et nous permettront de tirer parti de l'indication trouvée en échafaudant toute une série d'hypothèses.

Un simple coup d'œil à la femme nous renseignera sur son état général, un regard à la feuille d'observation, sur l'état du pouls et de la *température.*

En ce qui concerne l'utérus lui-même nous ne devons pas nous contenter d'avoir trouvé de la sensibilité, et de l'avoir localisée le plus rapidement possible en un point précis du corps utérin. Il faut encore que nous ayons soin de noter sur notre observation sa forme et si elle nous paraissait anormale, sa *situation* qui peut avoir une grande importance comme nous le verrons dans le chapitre de la sensibilité.

L'interrogatoire nous renseignera sur l'existence des *tranchées utérines*, et l'examen sur l'aspect des lochies.

## OBSERVATIONS

### Observation I

*Sensibilité utérine chez une primipare de* 21 *ans qui présente comme seul symptôme anormal de la sensibilité utérine dans l'après-part.*

Elle n'avait jamais, avant ou pendant sa grossesse, présenté de leucorrhée ou d'autre symptôme d'infection génitale. Pas d'antécédents pathologiques.

Son accouchement a été spontané à terme. Présentation OIGA, dégagement OP, enfant vivant pesant 3.230 gr. Délivrance naturelle complète.

La température qui était de 38° le jour de l'accouchement tomba dès le lendemain matin à 37° où elle se maintint pendant toute la durée des suites de couches, avec élévation le soir à 37°2 ou 37°4. Le pouls à 95 le premier jour, tomba ensuite à 80. Les lochies furent successivement sanglantes, séro-sanglantes et sanguinolentes, d'abondance normale, et ne présentèrent jamais la moindre fétidité.

L'involution se poursuivit de la façon la plus classique et la plus normale.

La femme urinait bien et ne présentait pas de constipation, néanmoins, *le quatrième jour*, elle présenta de la sensibilité légère du fond utérin, à la palpation, que rien ne paraissait expliquer, la hauteur utérine étant ce jour-là de 10 cm. l'u-

térus absolument médian, et les lochies séro-sanglantes, abondantes sans odeur.

Cette sensibilité persista jusqu'au 7e jour, mais l'involution s'était, malgré cela, poursuivie normalement, et la hauteur utérine était le 7e jour de 8 cm.

### Observation II

*Sensibilité utérine chez une primipare.*
*Pas de symptômes associés.*

Il s'agit d'une primipare jeune qui n'a jamais eu d'antécédents pathologiques d'aucune sorte.

L'accouchement a été spontané à terme, la présentation OIDP, le dégagement OP. L'enfant était vivant et pesait 2.440 gr.

La délivrance a été naturelle et complète et pesait 430gr.

Pendant toute la durée de l'après-part, la température n'a jamais dépassé 37°5, ni le pouls 88.

Les 4 premiers jours, tout fut normal.

*Le cinquième jour*, le fond de l'utérus fut un peu sensible au palper, sa hauteur s'élevait à 9 cm; l'aspect des lochies était normal.

*Le sixième jour*, la sensibilité persiste sans élévation thermique ou modification des lochies.

*Le septième jour*, la sensibilité disparut sans avoir contrarié la marche de l'involution (la hauteur utérine était de 7 cm.) ni modifié l'aspect des lochies.

*Le dixième jour*, la femme quittait le service en bon état.

### Observation III

*Sensibilité utérine d'apparition tardive chez une primipare ayant eu un enfant pesant 4.400 gr.*

La gestation a été compliquée d'hypertension, sans albuminurie, ni autres symptômes associés.

Jamais de leucorrhée avant ou pendant la grossesse actuelle : Accouchement spontané à terme. Présentation OIDP, dégagement OP. Enfant vivant pesant 4.400 *gr.* Délivrance naturelle complète.

L'examen quotidien de la femme n'a montré aucun symptôme anormal pendant toute la durée de la première semaine.

*Le huitième jour* l'utérus était un peu sensible à la palpation au niveau du fond, la température était de 37°3, la hauteur utérine de 6 cm., les lochies normales.

*Le neuvième jour* la sensibilité persiste, pas de signes d'infection associés.

*Le dixième jour* disparition de la sensibilité au palper; la hauteur utérine était de 4 cm.

La femme quitte le service, en bon état, 3 jours après.

### Observation IV

*Sensibilité utérine, seul symptôme anormal chez une multipare.*

Il s'agit d'une femme de 30 ans, sans antécédents pathologiques ou obstétricaux, dont le quatrième accouchement a été spontané à terme.

Présentation OIGA, dégagement OP, enfant vivant qui pesait 2.880 gr. Délivrance naturelle complète.

Pendant les 11 jours où la femme a séjourné dans le service, la température a oscillé de 37° le matin, à 37°4 le soir.

Le pouls s'est maintenu aux alentours de 80. L'involution s'est déroulée normalement sans avance ni retard. Les lochies furent toujours d'aspect normal. Les tranchées utérines n'ont pas été très vives et avaient, nous a dit la femme, complètement cessé à la fin de la 2e journée.

Néanmoins le troisième jour, nous avons constaté des *douleurs assez vives*, à la palpation de l'utérus qui était absolument médian, et dont la hauteur était de 10 cm., douleurs localisées exclusivement au niveau du fond de l'utérus.

Les lochies étaient abondantes et sanglantes. Cette sensibilité a persisté pendant 3 jours, et avait complètement disparu le matin du 6e jour où la hauteur de l'utérus était de 8 cm.

### Observation V

*Sensibilité utérine seul symptôme anormal chez une secondipare.*

Il s'agit d'une femme de 28 ans, sans antécédents pathologiques ou obstétricaux dont le 2e accouchement a été spontané à terme.

L'enfant était vivant et pesait 3.250 gr., la délivrance a été naturelle et complète. Pendant 12 jours, la température a oscillé de 37° le matin à 37° 4 le soir et le pouls de 72 à 78.

L'involution utérine s'est poursuivie normalement.

Les tranchées utérines ont été peu violentes et avaient disparu à peu près 36 heures après l'accouchement.

Cependant le 3e jour, en palpant l'utérus dont le fond s'élevait à 11 cm., nous avons provoqué *une douleur assez vive*, localisée exclusivement au fond de l'utérus.

Cette douleur a persisté pendant deux jours, ne s'est accompagnée d'aucune élévation thermique, ni d'accélération du pouls. Les lochies étaient d'aspect normal.

Le 6e jour, la sensibilité avait complètement disparu et l'involution utérine n'avait subi aucun retard puisque la hauteur utérine était ce jour-là de 7 cm.

### Observation VI

*Sensibilité utérine seul symptôme anormal chez une multipare.*

Il s'agissait d'une femme de 27 ans qui n'a jamais eu de leucorrhée, dont les 2 premiers accouchements ont été normaux les suites de couches sans la moindre complication.

Le 3e accouchement a été spontané à terme.

L'enfant se présente en OIGA. se dégage en OP. Il était vivant et pesait 3.780 gr. La délivrance fut naturelle complète La tempérture oscilla de 37 à 37°5. Le pouls de 80 à 90; les lochies furent toujours d'aspect normal. Les tranchées utérines peu violentes, avaient cessé à la fin du 2e jour.

*Le troisième jour*, l'examen montra que le *fond utérin était vivement sensible à la palpation*, tous les autres facteurs cliniques étaient normaux (pas de constipation).

L'application d'une vessie de glace sur l'abdomen, amena la cessation de la douleur dès le 5e jour. L'involution s'était poursuivie, malgré les phénomènes douloureux et le fond utérin à 11 cm. le 3e jour, ne s'élevait plus qu'à 9 cm. le 5e jour.

### Observation VII

*Sensibilité utérine chez une secondipare, d'apparition précoce. Leucorrhée. — Involution très rapide.*

Il s'agit d'une femme dont le 1er accouchement et les suites de couches s'étaient passés normalement.

*Leucorrhée abondante* en temps ordinaire et également pendant la gestation actuelle.

L'accouchement a été spontané à terme.

Fille vivante pesant 3.480 gr.

Délivrance naturelle complète.

Le *deuxième jour*, la température était de 37°6, le pouls de 84, la hauteur utérine de 14 cm., *l'utérus dévié à droite*, fond sensible à la palpation.

*Les jours suivants*, la sensibilité utérine persista.

La température ne dépassa pas 37°5.

Les lochies étaient d'aspect normal.

*Le septième jour*, la sensibilité utérine disparut.

*Le neuvième jour*, l'examen montra que l'*utérus n'était plus perceptible à la palpation*, ayant déjà complètement régressé.

Le lendemain, la femme quitta le service bien remise.

### Observation VIII

*Sensibilité utérine pendant les suites de couches dans un cas de rupture prématurée de la poche des eaux.*

Primipare de 27 ans. Pas d'antécédents pathologiques.

*Au septième mois* de la gestation, *rupture prématurée de la poche des eaux*, 16 jours avant l'accouchement.

Séjour à la Maternité depuis rupture de la poche des eaux.

Enfant vivant a succombé au bout de 48 heures.

*Le deuxième jour* : *température* 38°5. *Pouls* 120.

Lochies abondantes et normales, utérus médian, corne droite et gauche et *fond* très sensibles à la palpation. Hauteur utérine: 13 cm.

*Le troisième jour*, *température* 37 *le matin*; 37°8 *le soir*.

Lochies normales, sensibilité persiste.

La situation se maintient stationnaire jusqu'au 6e *jour* où la température est de 37°, lochies normales, hauteur utérine 7 cm.

*Le dixième jour*, les lochies cessent de produire.

Le quatorzième jour, l'involution utérine est achevée.

### Observation IX

*Sensibilité utérine chez une multipare n'ayant pas présenté d'élévation thermique, mais membranes déchirées, leucorrhée.*

Il s'agit d'une femme qui a déjà eu deux accouchements normaux. Suites de couches normales, leucorrhée pendant la gestation. Le 3e accouchement a été spontané à 8 mois. Présentation OIGA, dégagement OP; fille vivante pesant 2.500 gr., délivrance naturelle incomplète. Placenta pesant 760 gr., cotylédons dissociés et friables. Périnée intact.

Tout a été normal les 5 premiers jours.

6e *jour* : température 37, pouls 84, hauteur utérine : 8 cm. utérus douloureux à la palpation au niveau du fond, lochies normales.

7e *jour* : température, 37°4, utérus toujours sensible, lochies normales.

8e *jour* : sensibilité a disparu, hauteur utérine, 6 m. Pendant les 4 jours où la femme a encore séjourné dans le service, tout est absolument normal.

### Observation X

*Sensibilité utérine chez une primipare ayant présenté une élévation thermique à* 38° *pendant* 11 *jours* (*membranes déchirées*).

Il s'agit d'une primipare qui avait présenté de la leucorrhée très abondante au cours de la gestation.

L'accouchement a été spontané à terme. L'enfant était vivant et pesait 3.630 gr. La délivrance a été naturelle, mais *les membranes étaient déchirées*. Episiotomie.

Pendant 11 jours, élévation thermique à 38° le matin, 38°2 le soir.

*Dès le 2e jour le fond de l'utérus est sensible à la palpation; il le demeure pendant les 11 jours* que dure l'élévation thermique, mais cette sensibilité va en diminuant d'intensité.

Les lochies ont toujours été normales.

L'involution était presque aussi rapide que normalement.

12e *jour* : l'utérus est insensible. Sa hauteur est de 4 cm. la température est tombée à 37, les lochies sont séreuses peu abondantes. Le 13e jour, la femme quitte le service en bon état.

### Observation XI

*Sensibilité utérine, chez une primipare, apparue le 2e jour sans élévation thermique, mais le liquide amniotique avait l'aspect d'une purée de pois fétide et les membranes avaient été déchirées.*

Il s'agit d'une primipare de 19 ans, qui n'a jamais été malade et n'a jamais eu de leucorrhée au cours de la gestation.

L'accouchement a été spontané à terme. Présentation OIGA dég. OP. L'enfant était vivant et pesait 3.250 gr., mais il avait souffert et le liquide amniotique n'était qu'une véritable « purée de méconium fétide » disait le compte rendu de l'accouchement.

La délivrance fut naturelle, mais *les membranes étaient déchirées et incomplètes*. Le placenta pesait 420 gr.

Pendant toute la durée de l'après-part, la température ne dépassa jamais 37° 6, ni le pouls 80.

Néanmoins, *dès le* 2e *jour*, le palper est sensible au niveau du fond utérins des cornes, et des bords latéraux droit et gauche.

3e *jour* : la sensibilité persiste, expulsion d'un grand fragment de membranes, les lochies sont d'aspect normal.

4e *et* 5e *jour* : le fond de l'utérus et ses bords sont toujours sensibles, sans aucun autre symptôme associé.

6e *jour* : la sensibilité a disparu. Son existence n'a pas eu d'effets fâcheux sur l'involution qui paraît même plutôt en avance. La hauteur utérine est en effet de 6 cm. à peine.

9e *jour* : l'utérus n'est plus accessible.

12e *jou* : la femme quitte le service bien rétablie.

### Observation XII

*Sensibilité utérine chez une femme après son* 7e *accouchement, enfant pesant* 4 *kgr., membranes déchirées.*

Il s'agit d'une femme de 40 ans ayant eu déjà 6 accouchements absolument normaux, les suites de couches également.

Le 7e accouchement a été spontané, à terme, l'enfant était vivant et pesait 4.030 g., la délivrance a été naturelle, les membranes étaient déchirées paraissant complètes. Glace sur l'abdomen.

2e *jour* : rien d'anormal.

3e *jour*: la température est de 37° 5, le pouls de 80. La hauteur utérine de 16 cm., le fond de l'utérus est douloureux à la palpation.

4e *et* 5e *jour* : la température se maintient à 37 °5, et la sensibilité persiste; lochies normales.

6e *jour* : la température est encore de 37° 5, mais la sensibilité a disparu. Les lochies normales, la hauteur utérine de 10 cm., la femme quitte le service le 13e *jour* en bon état.

### Observation XIII

*Sensibilité utérine apparue le 8e jour chez une primipare, coïncidant avec suppression des lochies sans élévation de température.*

Il s'agir d'une primipare de 27 ans sans antécédents pathologiques. L'accouchement a été spontané à terme. La présentation OIGA, dégagement OP. L'enfant était vivant et pesait 3.110 gr. La délivrance a été naturelle complète et pesait 360 gr.

Les sept premiers jours tout a été normal.

*Le huitième jour* la température était de 37, le pouls de 80; la hauteur utérine de 7 cm.; l'utérus dévié à droite. La corne utérine droite très sensible à la palpation. Les lochies supprimées.

*Le neuvième jour* les symptômes précédents persistent.

*Le dixième jour* la température est de 37°2. La hauteur utérine de 5 cm. Lochies séreuses non fétides.

Départ de la jeune femme le 13e jour, en bon état.

### Observation XIV

*Sensibilité utérine survenue le 7e jour chez une primipare dont l'utérus était incliné à droite. Pas d'élévation thermique.*

Il s'agit d'une primipare de 20 ans pas d'antécédents pathologiques. L'accouchement a été spontané à terme. Présentation OIGA, dégagement OP. Fille vivante 3.250 gr. Délivrance naturelle complète.

Pendant les 6 premiers jours tout a été normal. La température a oscillé de 37 à 37°4; le pouls de 80 à 86.

*Le septième jour* la température est de 37°, la hauteur utérine

de 7 cm., l'utérus est dévié à droite, la corne utérine droite est seule douloureuse à la palpation.

Les lochies sont sanglantes.

*Le dixième jour* la sensibilité a disparu, l'utérus a d'ailleurs beaucoup diminué de volume. Sa hauteur est de 4 cm. Les lochies ont presque disparu.

Deux jours après, la femme quitte le service.

### Observation XV

*Sensibilité utérine chez une secondipare, membranes déchirées.*

Il s'agit d'une femme de 28 ans qui a eu déjà un accouchement et des suites de couches normales. Pas d'antécédents pathologiques.

Le deuxième accouchement a été spontané à terme, enfant vivant pesant 3.140 gr. La délivrance a été naturelle complète mais déchirée.

*Température pendant le séjour de la femme a oscillé de* 36°6 à 37; *le pouls autour de* 80.

Rien d'anormal le premier jour.

*Le deuxième jour*, sensibilité de la corne utérine droite; lochies sanglantes.

La sensibilité persista jusqu'au *sixième jour* où elle a complètement disparu. La hauteur utérine est alors de 6 cm., l'involution s'est donc faite normalement.

La femme quitte le service le 10e jour, bien rétablie.

### Observation XVI

*Sensibilité chez une primipare ayant présenté élévation thermique à* 38 *le deuxième et le troisième jour.*

Il s'agit d'une primipare sans aucun antécédent; l'accou-

chement a été spontané à terme. L'enfant était vivant et pesait 3.250 gr. La délivrance a été naturelle complète.

*Le deuxième jour*, la température était à 38°2; le pouls à 82.

*Le troisième jour* la température était à 38; le pouls à 80.

*Le troisième jour*, la température était à 38; le pouls à 80.

L'utérus à 9 cm., insensible à la palpation, lochies normales.

*Le quatrième jour* la température est de 37°5, l'utérus est légèrement sensible au niveau de la *corne utérine droite.*

Les lochies sont séro-sanguinolentes. *Cinquième jour* 37° 2, utérus sensible.

*Le sixième jour* la température est de 37°.

La sensibilité a disparu, la hauteur utérine est de 7 cm. Les lochies sont normales.

*Le douzième jour* la femme quitte le service, en bon état.

### Observation XVII

*Sensibilité utérine apparue le 8e jour chez une secondipare après modification des lochies, sans autre symptôme.*

Il s'agit d'une femme de 36 ans dont le 1er accouchement a été normal, suites de couches normales, et qui n'a jamais eu de leucorrhée.

Le 2e accouchement a été spontané à terme.

L'enfant était vivant et pesait 3.350 gr.

La délivrance a été naturelle complète.

La température a oscillé de 37° le matin à 37° 6 le soir.

Le pouls s'est maintenu aux environs de 76.

L'involution a été régulière, mais un peu lente.

Les lochies étaient très peu abondantes.

*Le huitième jour*, le palper qui jusque-là avait été indolore, a montré de la sensibilité légère de la *face latérale droite* de

l'utérus, et de la corne droite, insensibilité du fond et de la face gauche, à noter que l'utérus était médian et que sa hauteur était de 7 cm.

Il n'y avait pas d'élévation thermique, mais les lochies étaient séro-sanguinolentes, très peu abondantes, tachant à peine la garniture, mais sans fétidité.

*Le dixième jour* la sensibilité avait disparu.

Les lochies avaient été la veille assez abondantes, séro-sanglantes; l'utérus avait 5 cm. de hauteur.

La femme partit le lendemain.

### Observation XVIIII

*Sensibilité corne utérine droite, chez une secondipare ayant eu simultanément diminution très considérable des lochies. Pas d'élévation thermique.*

Le premier accouchement de cette femme avait été normal et les suites de couches également.

Cette femme nous a dit n'avoir jamais présenté de leucorrhée avant ou pendant sa gestation.

Le deuxième accouchement a été naturel à terme.

Présentation OIDP, dégagement OP.

L'enfant était vivant et pesait 3.240 gr.

La délivrance a été naturelle complète.

La température n'a jamais dépassé 37° 2, et le pouls s'est toujours maintenu au-dessous de 80°.

*Néanmoins, le quatrième jour*, le palper révéla une *légère sensibilité de la corne utérine droite.*

L'utérus était médian, sa hauteur était de 10 cm. Les lochies, abondantes les 3 jours précédents, avaient à peu près disparu. Pas de fétidité.

Le 5e jour elles redevinrent abondantes toute la journée et le lendemain 6e jour, la sensibilité avait complètement disparu et la hauteur utérine était de 7 cm.

### Observation XIX

*Sensibilité utérine chez une primipare d'apparition tardive avec léger retard de l'involution. Pas d'élévation thermique.*

Pas d'antécédents pathologiques, ni de leucorrhée. Accouchement spontané à terme.

Enfant pesant 3.100 gr.

Délivrance naturelle complète.

Pendant 10 jours température : 37° le matin, 37° 6 le soir ensuite 37° matin et soir.

Pouls aux alentours de 90.

Lochies d'aspect normal, pas très abondantes.

*Le douzième jour* l'examen montre la hauteur utérine à 6 cm. au-dessus du pubis, donc involution utérine retardée.

Le palper est sensible vers le bord *latéral droit de l'utérus.* Sensibilité également dans la région des annexes droites.

*Lochies* séreuses.

La sensibilité disparaît le *seizième jour.* L'utérus a complétement disparu.

### Observation XX

*Sensibilité utérine chez une primipare ayant eu des antécédents de salpyngite, un retard de l'involution et des lochies modifiées, précédée d'une élévation thermique à* 38° *(membranes déchirées incomplètes).*

Il s'agit d'une primipare de 24 ans qui avait eu avant sa gestation une crise douloureuse de salpyngite, ayant nécessité

un repos au lit de plusieurs semaines. Leucorrhée très abondante, avant et pendant la gestation actuelle.

L'accouchement a été spontané à terme.

Présentation OIDP, dégagement OP.

Fille vivante pesant 3.160 gr.

Délivrance naturelle, *membranes déchirées et incomplètes*, placenta pesant 530 gr. Périnée intact.

Les trois premiers jours qui suivirent l'accouchement tout fut normal.

*Le quatrième jour*, la température s'éleva à 38°, pouls 84. Lochies normales, utérus insensible au palper, hauteur : 10 cm.

*Le cinquième jour* la température est encore de 38°, peu de sensibilité utérine.

*Le sixième jour*, la température est tombée à 37° 2.

L'utérus est douloureux à la palpation sur son *bord latéral droit*, il paraît toujours volumineux, l'involution n'a pas progressé depuis le 4e jour, la hauteur utérine est toujours de 10 cm. Les lochies sont peu abondantes, jaunâtres, fétides. Glace sur l'abdomen.

*Le huitième jour* la sensibilité utérine a disparu.

*Le neuvième jour* les lochies ne sont plus fétides. La hauteur utérine est de 6 cm.

*Le quatorzième jour* l'involution est cliniquement terminée, et la femme quitte le service en bon état.

### Observation XXI

*Ssensibilité ulérine chez une multipare ayant eu un enfant de poids supérieur à 4 kgr. et dont l'utérus était incliné à droite. Pas d'élévation thermique.*

Il s'agit d'une femme ayant eu déjà 4 accouchements à terme et des suites de couches normales à chacun d'eux. Le

5e accouchement a été normal. Les 3 premiers jours la femme a présenté des tranchées utérines assez vives, dont l'intensité a diminué le 4e jour. *L'utérus paraît fortement incliné à droite*, le reste est normal.

4e *jour* : la température était de 37, le pouls de 80. La hauteur utérine de 10 cm. La face latérale droite et la corne droite sont *très sensibles à la palpation.*

Les lochies sont abondantes et sanglantes.

5e *jour* : les tranchées utérines ont cessé.

L'utérus continue d'être douloureux.

La température est encore de 37°; aucune modification.

6 *jour* : la sensibilité au palper a complètement cessé, la hauteur utérine est de 7 cm., les lochies normales.

11e *jour* : la femme quitte le service en bon état.

### Observation XXII

*Sensibilité utérine chez une femme ayant subi une tentative d'application de forceps, suivie d'une version, élévation thermique. Utérus incliné à droite. Involution retardée.*

Il s'agit d'une secondipare de 43 ans, ayant un Bordet-Wasserman positif.

Une première gestation s'est terminée par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré, pesant 750 gr., excès considérable de liquide amniotique qui avait, dit la femme, donné à l'utérus le volume qu'il aurait eu s'il avait contenu un fœtus à terme.

La deuxième gestation est allée à terme, mais l'accouchement n'a pu se faire spontanément.

Une tentative d'application de forceps ayant échoué, on a pratiqué une version par manœuvres internes, suivie de l'extraction facile d'une fille pesant 3.130 gr., en état d'asphy-

xie blanche qu'il fut impossible de ranimer. Excès de liquide amniotique.

Délivrance artificielle. Révision de la cavité intra-utérine à cause du placenta très friable dont l'intégrité ne paraissait pas certaine.

Injection intra-utérine d'argyrol.

*Dès le* 2e *jour*, on constate que l'utérus est très volumineux. Hauteur utérine de 18 cm., le fond, les cornes et les faces latérales sont très sensibles à la palpation. Tout l'organe est très incliné à droite.

*Du* 2e *au* 7e *jour*, cette sensibilité persiste sans modifications. La température oscille de 38° 4 à 38° 7 n'atteignant pas 39.

Les lochies sont séro-sanglantes, d'aspect normal.

L'utérus reste volimuneux.

7e *jour* : l'utérus est toujours dévié à droite, le fond et la corne utérine sont toujours douloureux à la palpation, plus de sensibilité à gauche. La hauteur utérine est toujours de 15 cm.

La température est tombée à 37°.

8e *jour* : corne utérine droite est toujours douloureuse le fond utérin ne l'est plus. Température, 37°. Lochies normales.

9e *jour* : l'utérus n'est plus douloureux.

Il redevient médian. Sa hauteur est de 10 cm.

Les suites de couches se terminent maintenant de façon normale. Depuis le 7e jour, la température n'a jamais dépassé 37°, le pouls 80, les lochies n'ont jamais été modifiées, et l'involution, très en retard, a commencé à se faire.

### Observation XXIII

*Sensibilité chez une primipare dont l'utérus était fortement dévié à droite. Pas d'autres signes d'infection associés.*

Il s'agit d'une primipare de 21 ans, pas d'antécédents pathologiques, jamais de leucorrhée.

Accouchement spontané près du terme.

Enfant vivant pesant 2 kgr. 680.

Délivrance naturelle complète.

La température n'a jamais excédé 37° 6 le soir, 37° le matin. Le pouls n'a jamais été supérieur à 80.

Dès le 2e *jour*, on a constaté à l'examen que l'utérus était fortement incliné à droite.

Les jours suivants, on ne constata aucun autre symptôme anormal.

Le 5e *jour*, le palper montra une sensibilité assez vive de toute la moitié droite de l'utérus.

L'involution n'était pas en retard; la hauteur utérine était de 7 cm.

Les lochies étaient sanglantes, d'aspect normal.

Cette sensibilité persista jusqu'*au* 8e *jour* où elle ne se montra plus à l'examen. La hauteur utérine était ce matin-là de 5 cm. Les lochies non modifiées et l'utérus redevenu médian.

Les suites de couches se continuèrent de façon absolument normale, et la femme put quitter la Maternité le 12e jour, complètement rétablie.

### Observation XXIV

*Sensibilité utérine chez une multipare ayant présenté une hémorragie après la délivrance, élévation thermique, retard de l'involution.*

Il s'agit d'une femme de 26 ans, dont les deux premiers accouchements ont été normaux, la délivrance a été chaque fois suivie d'une hémorragie importante, les suites de couches ont été fébriles.

Le 3e accouchement a été spontané à terme.

L'enfant était vivant et pesait 4.250 gr.

La délivrance a été naturelle complète, mais suivie d'une hémorragie peu considérable.

Un demi-centimètre cube d'hypophyse pour inertie utérine.

Les trois premiers jours qui suivirent l'accouchement, l'utérus était mou, mais absolument insensible, toutes les autres manifestations cliniques étaient normales.

4e *jour* : la température était de 37°, le pouls de 80, la hauteur utérine de 12 cm., la palpation utérine réveille une vive douleur au niveau du fond et des bords latéraux. Le corps même de l'utérus qui est très volumineux, aussi large que haut, n'est presque pas sensible.

Les lochies sont séro-sanglantes.

5e *jour* : la température se maintient à 38°, la sensiblilté persiste. Lochies normales.

6e *jour* : la température se maintient à 38°, utérus toujours sensible mais douleur moins vive.

7e *jour* : l'utérus n'est plus douloureux à la palpation. La température est tombée à 37°. L'involution qui était en retard le 4e jour, paraît maintenant se faire rapidement, la hauteur utérine n'est plus que de 7 cm. Les lochies sont séro-sanguinolentes, très peu abondantes, sans odeur.

23e *jour* : la femme quitte la Maternité bien remise, elle n'a plus eu de température supérieure à 37° depuis le 7e jour et l'involution est terminée.

### Observation XXV

*Ssensibilité utérine chez une secondipare dont l'accouchement a eu lieu à 8 mois, le fœtus étant mort. Apparition de la sensibilité dès le 2e jour, pas d'élévation thermique.*

Il s'agit d'une femme dont le premier accouchement et les suites de couches ont été normaux, pas de leucorrhée avant ou pendant la gestation actuelle.

Le 2e accouchement a été spontané, au terme de 8 mois.

Présentation OIDP, dégagement OP.

Garçon mort né pesant 2.200 g.

Délivrance naturelle et complète. Placenta pesant 590 gr.

2e *jour* : la température est de 37. Le pouls de 84. Les lochies sont normales. La hauteur utérine est de 12 cm.; le fond de l'utérus n'est pas douloureux à la palpation, mais les cornes et les bords latéraux sont très sensibles.

3e *jour* : la température est de 37° 5, la sensibilité persiste.

4e *jour* : la température est de 37° 4, l'utérus est toujours sensible, mais sa hauteur n'est plus que de 10 cm.

5e *jour* : la température est à 37° 2; la sensibilité a complètement disparu. La hauteur utérine est de 8 cm.

A partir de ce moment, l'involution se poursuit normalement et l'utérus n'est plus perceptible au palper quand la femme quitte le servive, bien remise, le 11e *jour*.

### Observation XXVI

*Sensibilité utérine chez une multipare ayant des antécédents obstétricaux et des tranchées utérines très vives, pas d'élévation thermique.*

Il s'agit d'une femme de 27 ans qui a eu 4 gestations; la première s'est terminée par un accouchement et des suites de couches normaux, enfant vivant.

2° Grossesse extra-utérine opérée.

3° Avortement de 5 mois, suites de couches fébriles.

La quatrième grossesse vient de se terminer par un accouchement spontané à terme.

L'enfant était vivant et pesait 3.480 gr.

La délivrance a été naturelle et complète.

La température pendant 12 jours, oscilla de 36°8 à 37° 6, le pouls de 74 à 84.

L'involution utérine s'est effectuée normalement.

Les lochies ont toujours présenté un aspect normal.

*Il est à remarquer que les tranchées utérines étaient extrêmement violentes*, et ne se calmèrent un peu que grâce à l'emploi du laudanum.

*Dès le* 2e *jour*, la hauteur utérine étant de 12 cm., la palpation, exercée autant que possible dans l'intervalle des contractions utérines, a provoqué une très vive douleur, au niveau du corps utérin; le fond de l'utérus, et les bords latéraux, étaient absolument insensibles.

3e *jour* : la hauteur utérine n'était plus que de 10 cm., les tranchées persistaient.

Les lochies étaient sanglantes, d'abondance normale.

4e *jour* : la hauteur utérine était de 9 cm. Les tranchées utérines avaient disparu. Il n'y avait plus qu'une très légère douleur à la pression. Les lochies étaient toujours d'aspect absolument normal.

5e *jour* : le fond utérin s'élevait à 8 cm., la palpation n'était plus du tout douloureuse, et ne le fut jamais plus pendant les sept jours que la femme resta encore à la Maternité.

### Observation XXVIII

*Sensibilité très vive survenue le* 4e *jour chez une primipare et qui cessa après expulsion d'un gros caillot de sang. Jamais d'élévation thermique.*

Il s'agit d'une primipare de 33 ans, qui n'a jamais eu ni avortement, ni leucorrhée.

L'accouchement a été naturel à terme.

Fille vivante pesant 3,055 gr.

La délivrance a été spontanée, mais complète.

La température n'a pas dépassé 37° 5.

Mais le pouls était monté jusqu'à 100 *le* 3e *jour* où la hauteur utérine était de 10 cm., les lochies sanglantes et très abondantes, la palpation provoqua des douleurs très vives au niveau du fond de l'utérus.

4e *jour* : la sensibilité était toujours aussi grande, mais dans la soirée la malade expulsa un gros caillot de sang.

5e *jour* : la palpation n'était plus douloureuse, la hauteur utérine de 8 cm., les lochies d'aspect normal.

Les suites de couches se passèrent ensuite sans le moindre incident.

### Observation XXVIII

*Sensibilité utérine chez une primipare ayant présenté une hémorragie de la délivrance, et dont l'utérus était fortement incliné à droite, pas d'élévation thermique.*

Il s'agit d'une primipare de 16 ans et demi n'ayant pas d'antécédents pathologiques ou gynécologiques.

L'accouchement a été spontané à terme.

Présentation OIDP dégagement OP.

Délivrance naturelle complète.

Hémorragie après la délivrance, shock, camphrodausse, caféine...

Température 37°8 le premier jour, oscille ensuite entre 37 et 37° 5. Pouls se maintient aux alentours de 80.

*Dès le* 2e *jour*, on constate que l'utérus est fortement dévié à droite.

3e *jour* : la corne utérine droite est sensible à la palpation, la hauteur est de 10 cm.

Les lochies sont sanglantes.

La sensibilité persiste jusqu'au 6e jour, mais l'involution a continué à se faire, et la hauteur n'est plus que de 7 cm.

### Observation XXIX

*Sensibilité utérine chez une multipare ayant présenté élévation thermique. Lochies diminuées d'abondance.*

Il s'agit d'une femme de 32 ans, dont les deux premiers accouchements ont été normaux et les suites de couches également.

Le 3e accouchement a été spontané à terme. Présentation OIGA-OP. Enfant vivant pesant 3.780 gr. Délivrance naturelle complète.

Placenta pesant 740 gr. Périnée intact.

2e *jour* : rien d'anormal.

3e *jour* : la température est de 38°. Le pouls de 90. L'utérus est médian, le fond s'élève à une hauteur de 10 cm. Il est un peu sensible à la palpation. Les lochies sont d'aspect normal.

4e *jour* : la température est de 37° 4, l'utérus n'est plus sensible, mais les lochies sont très peu abondantes, séro-sanglantes mais non fétides; la hauteur utérine est de 3 cm.

A partir de ce moment, tout se passe normalement et la femme quitte le service en bon état une semaine après.

### Observation XXX

*Sensibilité utérine le 2e jour chez une secondipare ayant présenté une hémorragie après la délivrance, élévation thermique. Retard de l'involution.*

Il s'agit d'une secondipare de 30 ans dont le premier accouchement a été normal, les suites de couches également.

2e accouchement normal à terme. Présentation OIGA, dég. OP. Enfant vivant pesant 3.850 gr.

Délivrance complète, placenta pesant 810 gr.

Hémorragie de moyenne importance après la délivrance *le 2e jour.*

La température est de 38° 4, le pouls de 104.

L'utérus est médian mais sa hauteur est considérable : 18 cm. Le fond utérin et les cornes droite et gauche sont sensibles à la palpation. Les lochies sont sanglantes et abondantes.

*3e et 4e jour* : la température reste aux environs de 38, le pouls baisse à 90. La sensibilité persiste.

*5e jour* : la température est de 37° 7 le pouls de 90. Le sensibilité utérine a disparu. La hauteur de l'utérus est de 13 cm.

*12e jour* : la femme quitte le service en bon état.

### Observation XXXI

*Sensibilité utérine chez une primipare ayant eu un enfant prématuré pas d'élévation thermique.*

Il s'agit d'une primipare de 22 ans ayant eu des hémorragies pendant sa grossesse, à partir du 5e mois, et une leucorrhée très abondante. L'accouchement a été spontané au terme de 7 mois.

Présentation du front, enfant vivant pesant 1650 gr. Délivrance naturelle complète pesant 520 gr. Périnée intact.

Les deux premiers jours, rien d'anormal.

*4e jour* : température voisine de 37, pouls de 80, hauteur de l'utérus, 10 cm. *Le fond de l'utérus* est légèrement sensible à la palpation. Lochies d'aspect normal.

*5e jour* : température encore à 37, sensibilité persiste.

*6e jour* : également.

7e *jour* : elle disparaît.

La température ne s'est pas élevée. Les lochies n'ont pas été modifiées.

10e *jour* : l'involution est cliniquement terminée.

### Observation XXXII

*Sensibilité utérine chez une II pare, enfant pesant plus de 4 kgr. Pas d'élévation thermique. Membranes déchirées.*

Il s'agit d'une secondipare dont le premier accouchement et les suites de couches ont été normaux.

Le 2e accouchement a été spontané à terme. Présentation OIGA, dégagement OP. Enfant vivant pesant 4.480 gr., la délivrance a été naturelle, les membranes déchirées mais paraissant complètes.

2e *jour* : la température était de 37, le pouls de 84, l'utérus médian, sa hauteur de 12 cm., sa largeur aussi.

La corne utérine gauche est *très sensible* à la palpation. Les lochies sont sanglantes.

3e *jour* : les mêmes symptômes sont observés.

4e *jour* : la corne utérine gauche n'est plus douloureuse.

Pendant les jours suivants, l'involution se poursuit normalement et est terminée le 12e jour.

### Observation XXXIII

*Sensibilité utérine chez une multipare dont l'utérus était incliné à gauche dans les premiers jours du post-partum, pas d'élévation thermique. Retard de l'involution.*

Il s'agit d'une femme de 32 ans qui a déjà eu deux accouchements normaux et suites de couches normales.

Leucorrhée abondante pendant la gestation, traitée.

Le 3e accouchement a été spontané à terme.

L'enfant pesait 3.770 gr. et était vivant.

La délivrance a été naturelle et complète.

La température a oscillé aux alentours de 37, le pouls aux alentours de 80.

Les lochies étaient abondantes, d'aspect normal.

Les tranchées utérines assez vives ont duré 3 jours.

La palpation a montré un utérus volumineux, fortement incliné sur la gauche.

5e *jour* : elle provoqua de la douleur assez vive au niveau de la face latérale gauche et de la corne gauche.

La hauteur utérine était de 12 cm., les lochies séro-sanglantes.

La sensibilité persista pendant 2 jours, ne s'accompagna pas d'autres symptômes que de l'inclinaison utérine à gauche et d'un retard de l'involution.

7e *jour* : la palpation n'était plus douloureuse. La hauteur utérine était de 10 cm.

Dans les jours qui suivirent, l'utérus rétrograda rapidement, rattrapant son retard, puisque le 12e jour il avait disparu derière le pubis.

### Observation XXXIV

*Sensibilité utérine chez une secondipare ayant présenté de l'hyperinvolution comme seul phénomène anormal associé*

Il s'agit d'une femme de 24 ans, secondipare dont le premier accouchement et les suites de couches ont été normaux ; leucorrhée abondante au cours de la gestation actuelle.

Le 2e accouchement a été spontané à terme.

Présentation OIGA, dégagement OP.

Enfant vivant pesant 4. 200 gr.

Délivrance naturelle complète pesant 550 gr.

Les 4 premiers jours tout a été normal du côté de la température et des lochies, l'involution paraît rapide et l'utérus est incliné à gauche.

5e *jour* : la température est de 37° 4 et le pouls de 80. Les lochies sont normales, mais l'utérus est fortement dévié à gauche, *le face latérale et la corne gauche* sont très sensibles à la palpation. *La hauteur utérine est de* 6 *cm.*

6e *jour* : la température est de 37°., la sensibilité persiste.

7e *jour* : la hauteur utérine est de 4 cm. La sensibilité a disparu. Tous les autres symptômes, température et lochies, sont normaux.

10e *jour* : au départ de la femme l'involution est terminée, et la femme va bien.

### Observation XXXV

*Sensibilité utérine d'apparition tardive chez une multipare. Pas d'élévation thermique.*

Les deux premiers accouchements normaux, les suites de couches également.

Le 3e accouchement a été spontané à 8 mois.

Présentation OIDP-OP.

Fille vivante pesant 2.320 fr.

Délivrance naturelle complète. Placenta pesant 450 gr.

La température ne dépassa jamais 37° 5, le pouls 90.

Les lochies d'aspect normal avaient cessé le 9e jour.

L'involution se poursuivit de façon régulière et normale, peut-être de façon un peu lente.

La femme ne présenta jamais de constipation.

Le 9e jour, le palper révéla une sensibilité utérine assez

vive et qui disparut après 48 heures et dont l'apparition fugace n'empêcha pas la femme de quitter le servive le 12e jour.

L'utérus qui était à 5 cm. du pubis le 3e jour avait presque complètement disparu derrière la symphyse.

### Observation XXXVI

*Sensibilité utérine chez une multipare, avec retard de l'involution utérine et apparition tardive de la sensibilité. Pas d'élévation thermique.*

Premier accouchement normal, suites de couches également.

Pas d'autres antécédents, pas de leucorrhée.

Accouchement spontané à terme. Présentation OIGA, dégagement OP.

Enfant vivant pesant 2.940 gr. Délivrance naturelle complète. Périnée, 1 crin.

*Température* a oscillé de 36°4 le matin à 37° le soir, pouls n'a jamais dépassé 80.

Involution s'est poursuivie normalement jusqu'au 6e jour où la hauteur utérine, qui était à cette date de 7 cm., reste stationnaire jusqu'au 13e jour.

Les lochies furent toujours abondantes et d'aspect normal.

11e *jour* : apparition de sensibilité légère au palper abdominal, pas d'autres symptôme que l'arrêt de la régression utérine.

Les lochies sont séro-sanglantes, assez abondantes.

14e *jour* : la sensibilité disparaît, l'involution a repris.

Et *le* 18e *jour*, la femme quitte le service, l'utérus n'étant plus perceptible.

### Observation XXXVII

*Sensibilité utérine chez une secondipare dont l'involution était très en retard, sans élévation thermique.*

Il s'agit d'une femme de 29 ans, dont le premier accouchement fut normal, les suites de couches également, leucorrhée abondante.

Le 2e accouchement fut normal à terme.

Présentation OIPD, dégagement OP.

Garçon vivant pesant 3.850 gr.

Délivrance naturelle complète. Placenta pesant 600 gr.

La température oscilla de 36° 6 à 37° 5. Le pouls ne dépassa jamais 80.

Les lochies étaient abondantes, d'aspect normal.

Mais l'involution ne se faisait pas, puique le 6e *jour*, la hauteur utérine était toujours de 12 cm. Le palper jusque-là insensible devint douloureux (région du fond de l'utérus). Malgré une vessie de glace sur l'abdomen la hauteur utérine se maintint à 12 cm. jusqu'au 9e jour où le palper cessa d'être douloureux.

Il n'y avait ni modification des lochies, ni élévation thermique concomitante.

L'utérus régressa ensuite régulièrement.

### Observation XXXVIII

*Sensibilité utérine chez une multipare atteinte de pyélonéphrite*

Les trois premières grossesses ont été normales, accouchements normaux, suites de couches normales.

Le 4e accouchement a été normal à terme.

Fille vivante pesant 3.230 gr.

Délivrance naturelle et complète.

Mais pyélonéphrite au cours de la gestation nécessitant un séjour d'un mois à l'hôpital.

Les 4 premiers jours les suites de couches ont été fébriles.

Température s'est élevée à 38° le 1er jour; 39°4, le 2e jour; 40°, le 3e jour; 38° 4 le 4e jour, ensuite oscilla de 36° 8 à 37° 2 pendant une semaine, le pouls fut toujours en rapport avec la température, ne dépassant pas 76 les 7 derniers jours.

*Les tranchées utérines furent vives.*

Les lochies demeurèrent toujours d'aspect normal.

L'involution utérine se poursuivit régulièrement jusqu'au 5e jour où le fond utérin resta stationnaire à 10 cm.

8e *jour* : sensibilité assez légère au niveau du fond utérin.

Hauteur utérine, 10 cm., lochies séro-sanglantes.

A partir du 8e jour, l'involution reprit, rattrapa son retard.

10e *jour* : la sensibilité avait disparu.

12e *jour* : l'utérus était complètement régressé et la femme put quitter le service en bon état.

### Observation XXXIX

*Sensibilité utérine chez une femme à qui l'on a fait une délivrance artificielle.*

Accouchement prématuré chez une primipare.

Fille vivante pesant 2.500 gr.

Présentation OIDP, dégagement OS.

Délivrance artificielle complète pour hémorragie.

Placenta pesant 400 gr., périnée intact.

Les 4 premiers jours tout a été normal.

5e *jour* : utérus médian, dont le *fond* est un peu sensible et la hauteur de 8 cm. Lochies d'aspect normal.

Température est de 37° 4, le pouls à 80.

6e *jour* : sensibilité persiste, température à 37°.

7e *jour* : également.

8e *jour* : la sensibilité a disparu. L'utérus est à 5 cm., la température à 37°. Les lochies d'aspect normal.

## ÉTUDE DÉTAILLÉE DE LA SENSIBILITÉ

Nous avons déjà dit en commençant que nous avions examiné 185 femmes et chez 41 d'entre elles nous avions trouvé de la sensibilité utérine, soit une proportion de 23 % environ. Sur ces 41 femmes, la sensibilité utérine a été seulement chez 2 d'entre elles, le signe d'une infection grave. Ce symptôme aurait donc quelque intérêt, et serait l'indice d'un trouble profond dans 5 % seulement des cas.

### Caractères de la sensation douloureuse produite par la pression de l'utérus à travers la paroi abdominale.

Nous allons étudier successivement :

1° son siège.

2° son intensité.

3° sa durée en spécifiant si elle cesse en même temps que la pression qui l'a produite ou bien au contraire si elle persiste.

4° s'il existe une propagation de cette sensibilité et des irradiations de la sensibilité vers d'autres organes que l'utérus.

5° la date à laquelle notre palper quotidien commence à être douloureux, par rapport au jour de l'accouchement et celle à laquelle il cesse de l'être.

1° **Siège habituel de la sensibilité utérine.** — Nous avons trouvé cette sensibilité 20 fois au niveau du fond de l'utérus, 5 fois sur le fond utérin et sur les bords latéraux, 11 fois sur le bord latéral, et la corne utérine droite, 3 fois sur la corne utérine gauche.

Nous constatatons que la sensibilité paraît se localiser plus fréquemment dans la région du fond utérin; dans la moitié des cas, elle était ainsi localisée sans la moindre propagation vers les faces latérales ou le corps utérin lui-même.

Comment expliquerons-nous la fréquence de cette localisation? par le fait que le placenta est le plus souvent inséré dans cette région, que la plaie placentaire est la région où se développent le plus facilement les microbes pathogènes, et par suite le plus fréquemment douloureuse au palper quand il s'y développe une légère infection. Voyons dans quelles conditions la sensibilité a été localisée au fond de l'utérus.

Dans 6 cas, la sensibilité utérine ne s'accompagnait pas d'autres phénomènes cliniques associés traduisant de l'infection

*Observation I* : Primipare de 21 ans enfant pesant 3.230 gr.

*Observation II* : Primipare, enfant pesant 2.440 gr.

*Observation III* : I pare, enfant pesant 4.400 gr.

*Observation IV* : IV pare 30 ans, enfant pesant 2.880 gr.

*Observation V* : II pare, 28 ans enfant pesant 3.250 gr.

*Observation VI* : III pare, 27 ans, enfant pesant 3.780 gr.

Mais en revanche, à côté de ces cas de sensibilité localisée au fond de l'utérus que nulle cause évidente n'explique et que nulle affection n'accompagne, nous trouverons tous les cas où une anomalie a compliqué l'accouchement et presque tous ceux où la délivrance a été incomplète ou compliquée d'hémorragie.

1° *Des complications de la gestation* :

4 cas de métrite antérieure se traduisant par de la leucorrhée, observations VII, IX, X, XXXI.

1 cas de pyélonéphrite, observation XXXVIII.

1 cas d'hémorragie de la grossesse, observation XXXI.

1 cas de rupture prématurée des membranes, observation VIII.

2° *Complications de l'accouchement* :

1 version par manœuvre internes, observation XXII.

1 enfant mort, observation XXV.

3° *Complications de la délivrance* :

2 délivrances artificielles, observation XXXIII et 1 observation de l'isolement qui n'a pas été rapportée ici.

4 hémorragies de la délivrance, observations XXIV, XXVIII, XXX et XXXIX.

3 cas de membranes déchirées, observation IX, XXI, XII.

*La sensibilité siégeait exclusivement à droite dans* 11 *cas* :

6 fois l'utérus était dévié à droite.

2 fois il était médian.

2 fois l'involution était retardée.

1 fois les membranes étaient déchirées.

Bien que les auteurs nous disent que l'inclinaison à droite de l'utérus est physiologique après la délivrance, et pendant les premiers jours de la puerpéralité, elle peut cependant causer un léger degré d'infection utérine. Cette inclinaison gêne l'écoulement des lochies, ou tiraille des ligaments de l'utérus.

*La sensibilité de la face latérale et de la corne utérine gauche est beaucoup moins fréquente*, nous avons trouvé seulement 3 cas :

2 cas où l'utérus était incliné à gauche.

1 où les membranes étaient déchirées.

La rareté de l'inclinaison utérine à gauche explique peut-être aussi la rareté d'existence de l'infection se traduisant par de la sensibilité.

*Deux fois la sensibilité était généralisée à tout l'organe*, mais il s'agissait de malades de l'isolement et la douleur traduisait l'existence non plus d'infection légère, mais d'une véritable réaction péritonéale.

2° **Intensité et degré de la sensibilité utérine**. — Dans la majorité des cas, 27 sur 39, c'est-à-dire les deux tiers,

la douleur provoquée par le palper fut très légère la pression de l'utérus causant simplement une sensation désagréable.

*Dans* 5 *cas, la sensibilité fut assez vive.*

Dans les observations IV et V, elle fut cependant le seul symptôme anormal.

*Observation IV* : sensibilité utérine, seul symptôme anormal chez une femme qui vient d'avoir un 4e enfant.

*Observation V* : sensibilité utérine, seul symptôme anormal chez une secondipare sans antécédents pathologiques ou obstétricaux.

*Observation XXIII* : sensibilité chez une primipare dont l'utérus était fortement dévié à droite, pas d'autres signes d'infection associés.

*Observation XXXIII* : sensibilité utérine chez une multipare dont l'utérus était incliné à gauche dans les premiers jours du post-partum, retard de l'involution.

*Observation XXXV* : sensibilité utérine d'apparition tardive chez une multipare.

*Dans 7 autres cas, elle fut vive ou très vive*, se traduisant par de brusques réflexes de défense, et la femme priant d'interrompre au plus vite la pression exercée sur l'utérus.

*Observation VI* : sensibilité utérine seul symptôme anormal chez une femme qui vient d'avoir son 3e enfant.

*Observation XXI* : sensibilité utérine chez une multipare (5e accouchement) ayant eu un enfant de poids supérieur à 4 kgr. dont l'utérus était incliné à droite, pas d'élévation thermique.

*Observation XXII* : sensibilité utérine chez une femme ayant subi une tentative d'application de forceps, suivie d'une version, élévation thermique, utérus déchiré à droite, involution retardée.

*Observation XXV* : sensibilité utérine chez une secondipare dont l'accouchement a eu lieu à 8 mois, le fœtus étant mort, apparition de la sensibilité dès le 2e jour.

*Observation XXIV* : sensibilité utérine chez une multipare ayant des antécédents obstétricaux et des tranchées utérines très vives, pas d'élévation thermique.

*Observation XXVII* : sensibilité utérine très vive, survenue le 4e jour chez une primipare et qui cessa après expulsion d'un gros caillot.

*Observation XXXIV* : sensibilité utérine chez une secondipare ayant présenté de l'hyperinvolution comme seul phénomène anormal associé.

3° **Durée de la sensation douloureuse**. — En général, elle cessait en même temps que notre palpation et pression sur l'utérus. Il en était même si souvent ainsi que nous ne l'avons pas mentionné dans nos observations. D'autres fois nous avions l'impression que la douleur persistait assez longtemps, surtout chez les multipares. Notre palper excitant l'utérus le faisait contracter, et des douleurs spontanées, des tranchées utérines continuaient la douleur que nous avions provoquée. Il en était ainsi, par exemple dans l'observation XXVI.

4° **Propagation de la sensibilité utérine et irradiation de cette sensibilité vers d'autres organes que l'utérus.** — Dans les cas de réplétion de la vessie ou du rectum, il a pu nous sembler qu'il existait des irradiations de la douleur produite par notre pression.

Dans le cas de tranchées utérines, également, les femmes se plaignent que le palper a provoqué des douleurs s'irradiant vers la région lombaire.

5° **La date à laquelle notre palper quotidien commence à être douloureux par rapport au jour de l'accouchement, et celle à laquelle il cesse de l'être.** — Nous n'avons commencé à examiner les femmes que le deuxième jour, aussi n'avons-nous pas tenu compte de la sensibilité qui aurait pu exister immédiatement après la délivrance et qui aurait pu dans ce cas s'expliquer par un traumatisme léger, et non pas par de l'infection consécutive à l'accouchement. Nous avons trouvé l'utérus sensible dès le 2e jour, dans 11 cas, dans :

*L'observation VII* : chez une secondipare qui avait présenté de la leucorrhée très abondante, et où l'involution fut très rapide;

*L'observation VIII* : dans un cas de rupture prématurée de la poche des eaux chez une primipare.

*L'observation X* : chez une primipare où les membranes avaient été déchirées et qui eut 38° pendant 11 jours.

*L'observtion XI* : chez une primipare dont les membranes avaient été déchirées, et dont le liquide amniotique avait l'aspect d'une purée de pois fétide.

*L'observation XV* : secondipare avec membranes déchirées.

*L'observation XXII* : chez une femme ayant subi une tentative d'application de forceps. suivie d'une version.

*L'observation XXIII* : chez une primipare, pas de cause apparente de la sensibilité utérine.

*L'observation XXV* : chez une secondipare dont l'accouchement a eu lieu à 8 mois, le fœtus étant mort.

*L'observation XXVI* : chez une multipare ayant des antécédents obstétricaux et des tranchées utérines très vives.

*L'observation XXX* : chez une secondipare ayant présenté une hémorragie après la délivrance.

*L'observation XXXII* : chez une secondipare, enfant pesant plus de 4 kgr., membranes déchirées.

Nous remarquerons que dans les 11 cas précédents, l'apparition précoce de la sensibilité peut s'expliquer par l'existence d'infection utérine antérieure : métrite, infection amniotique, ou bien par suite de traumatismes de l'utérus dus aux anomalies de l'accouchement ou de la délivrance.

Dans 7 cas, dont nous ne donnerons pas ici le détail la sensibilité est apparue le 3e jour : observations IV, V, VI, XII, XXVII, XXVIII, XXIX.

Dans 7 autres cas elle est apparue le 4e jour : observations I, XVI, XVIII, XX, XXI, XXIV, XXXI.

Dans 4 cas elle a été perçue le 5e jour, observations II, XXXIII, XXXIV et XXXIX.

2 fois le 7e jour, observation XIV et XXXIV.

4 fois le 8e jour, observations III, XIII, XVII et XXXVIII.

1 fois le 9e jour, observation XXXV.

1 fois le 11e jour, observation XXXVI.

1 fois le 12e jour, observation XIX.

En général la sensibilité apparaît donc de façon précoce les 2e, 3e, ou 4e jours. *Quant à sa durée*, dans presque toutes nos observations, nous constatons que l'utérus est demeuré sensible pendant 2 ou 3 jours et qu'ensuite la sensibilité disparut pour ne plus revenir.

Chez les deux femmes de l'isolement, il en fut autrement, la sensibilité augmenta progressivement d'intensité, et le moindre palper était immédiatement très douloureux, mais nous n'en tiendrons pas compte puisque, au début, nous avions annoncé notre intention de limiter cette étude à l'après-part normal ou subnormal.

## VALEUR SEMEIOLOGIQUE DE LA SENSIBILITÉ UTÉRINE

---

### a) **cas où elle fut le signe d'une infection grave ou légère**

Dans 2 cas l'existence de sensibilité utérine annonça le développement. 1° d'un phlegmon du ligament large, 2° d'une infection puerpérale mortelle.

Dans 16 cas, *la sensibilité utérine traduisit ou accompagna une infection utérine légère* :

1° *élévation thermique* :

Observation X où elle accompagne une élévation thermique à 38 qui dure 11 jours;

observation XIV, élévation thermique à 38, les 2e et 3e jours.

observation XX, élévation thermique à 38, précédée d'une modification des lochies;

observation XXII, élévation thermique de 38° 4 à 38 ° 7 du 2e au 7e jour, coïncidant avec l'existence de sensibilité.

observation XXIV, élévation thermique à 38 le 5e

et le 6e jour, coïncidant avec l'existence de sensibilité;

observation XXIX élévation à 38 le 3e jour, à la date même où la sensibilité apparaît.

observation XXX, élévation à 38 les 3e, 4e jours;

observation XXXVIII. élévation thermique importante chez une femme ayant présenté une pyélonéphrite à la fin de la gestation.

Il y a donc eu une élévation thermique dans 10 cas sur 41, autrement dit, dans 25 % des cas.

2° *Modifications des lochies* :

Dans presque toutes les observations, les lochies furent d'aspect normal, cependant elles étaient supprimées dans l'observation XIII, en même temps qu'apparut la sensibilité, sans élévation de température, le 8e jour; dans l'observation XVII, le 8e jour apparition de sensibilité et suppression des lochies.

*Observation* : lochies presque disparues le 4e jour, pas de fétidité.

*Observation XX* : lochies peu abondantes, jaunâtres, fétides le 6e jour, leurs modifications ont coïncidé avec l'apparition de sensibilité.

*Observation XXIX* : lochies peu abondantes mais non fétides, leurs modifications étant survenues après disparition de la sensibilité utérine.

Nous n'avons donc trouvé que 5 fois des lochies modifiées, ce qui fait une proportion de 12 %, ce qui est peu.

*Retard de l'involution* : Nous pouvons le signaler dans 7 cas :

*Observation XIX* : sensibilité utérine d'apparition tardive avec léger retard de l'involution, pas d'élévation thermique.

*Observation XX* : sensibilité utérine chez une primipare ayant eu des antécédents de salpyngite, un retard de l'involution et des lochies modifiées, précédé d'une élévation thermique à 38° (membranes déchirées et imcomplètes).

*Observation XXII* : chez une femme ayant subi l'application de forceps.

*Observation XXIV* : chez une femme ayant présenté une hémorragie de la délivrance.

*Observation XXX* : hémorragie de la délivrance.

*Observation XXXIII* : sensibilité utérine chez une multipare dont l'utérus était incliné à gauche dans les premiers jours du post-partum, pas d'élévation thermique, retard de l'involution.

*Observation XXXVII.*

b) **Cas où des signes évidents d'infection ne s'accompagnèrent pas de sensibilité.**

Nous allons à ce propos remarquer que sur 185 femmes examinées nous en avons trouvé 150 dont la gestation n'avait pas eu de complications pathologiques, qui ont eu des accouchements spontanée, faits à terme, à la Maternité dans de bonnes conditions avec tous les soins antiseptiques d'usage,

les accouchements ont été spontanés à terme,

les délivrances naturelles complètes,

les enfants de poids moyen n'atteignant pas 4 kgr.,

la température n'a jamais été supérieure à 37, le pouls à 80. Dans tous ces cas il n'y eut absolument aucun symptôme anormal, c'est-à-dire dans un peu moins du tiers des cas.

Chez 135 femmes, nous avons relevé des particularités intéressantes à signaler.

1° *15 ont présenté pendant l'après-part une élévation thermique au moins égale à 38, et parfois supérieure et absolument pas de sensibilité utérine.* Nous n'avons noté que les élévations thermiques qui n'avaient pas été dues à la montée laiteuse ou à l'existence de crevasses au sein, mais dont l'origine paraissait être due à de l'infection utérine légère mais manifeste, en effet dans 6 de ces cas les membranes avaient été déchirées, et incomplètes, mais ce signe évident d'infection utérine ne s'accompagnait pas de sensibilité au palper.

2° *6 femmes ont présenté des modifications de l'aspect des lochies, et même de la fétidité* qui ne sont pas accompagnées de sensibilité.

3° *chez 5 autres l'involution était très en retard*, l'utérus encore très volumineux, 10 ou 12 cm. le 8e ou le 9e jour, et néanmoins, la palpation ne réveillait pas la moindre sensibilité.

f) **la sensibilité utérine ne nous a pas paru non plus être le résultat absolu, la conséquence inévitable de certains antécédents pathologiques.**

1) une cinquantaine de femmes ont déclaré avoir présenté de la leucorrhée pendant ou avant la gestation actuelle, néanmoins 8 seulement ont eu de la sensibilité utérine dans l'après-part.

2) sur 3 femmes atteintes de pyélonéphrite, une seulement a eu une infection avec élévation thermique assez considérable. La colibacillose n'est donc pas toujours un agent d'infection pendant les suites de couches. Nous savons que les recherches de Widal, de Kronig, de Williams prouvent que le colibaccille « peut déterminer pendant les suites de couches une endométrite fébrile ».

3) en ce qui concerne l'*âge*, nous avons trouvé de la sensibilité aussi bien chez de toutes jeunes femmes, que chez d'autres primipares ou multipares plus âgées.

4) la *parité*, sur les 185 femmes examinées 70 étaient des primipares. Sur 70 primipares, 12 ont présenté de la senbilité utérine ; sur 115 multipares, 29 ont présenté de la sensibilité, c'est-à-dire 20 % chez les primipares et 25 % chez les multipares. la différence n'est pas très grande et le rôle de la parité ne paraît donc pas très grand dans la production de la sensibilité utérine.

Nous en avons signalé après un 7e accouchement observation XII, mais il nous faut également signaler qu'une femme n'en a pas présenté après un 9e, un 13e, un 16e accouchement.

5) *Rapport entre le volume de l'utérus et la sensibilité, poids de l'enfant, excès de liquide, grossesse gémellaire ou grossesse avant terme.*

Sur 19 femmes ayant eu des enfants de poids égal ou supérieur à 4 kgr., 5 ont présenté de la sensilité utérine.

Une femme à l'accouchement de laquelle nous avons assisté et qui présentait un excès considérable de liquide amniotique n'a absolument pas eu de sensibilité utérine dans les jours qui ont suivi.

Sur 4 femmes ayant eu des grossesses gémellaires que nous avons observées, une seulement a présenté de la sensibilité utérine.

Sur 6 grossesses avant terme, une seule a eu de la sensibilité utérine.

6) *En ce qui concerne l'accouchement lui-même*, nous constatons que l'absence de soins antiseptiques n'est pas non plus une condition indispensable d'apparition de sensibilité utérine.

Nous avons examiné 5 femmes qui avaient accouché seules, chez elles, dans la rue, ou dans des taxis, une seule a présenté de la sensibilité utérine.

*Le mode de présentation* nous a paru également ne pas jouer de rôle dans l'apparition de sensibilité.

Sur 4 présentations du siège, aucune n'a présenté de sensibilité dans l'après-part.

*La longueur du travail* n'influe pas beaucoup non plus puisque nous avons trouvé de la sensibilité dans

une proportion presque égale chez les primipares et chez les multipares.

*L'accouchement artificiel au forceps* n'est pas non plus souvent cause de traumatismes utérins capables de donner de la sensibilité, puisque sur 7 applications de forceps, nous avons trouvé une seule tentative qui fut d'ailleurs suivie de version, et dans laquelle existait une très vive sensibilité utérine.

*Observation XXII* : un accouchement provoqué avec ballons de Champetier de Ribes ne fut pas suivi d'apparition de sensibilité.

7) *Les accidents de la délivrance et les délivrances artificielles* nous ont paru jouer un plus grand rôle.

Sur 21 femmes ayant eu des *membranes déchirées*, 7 ont présenté de la sensibilité utérine dans l'après-part.

Sur 5 *délivrances artificielles*, nous avons observé une seule observation de sensibilité.

Sur 11 femmes ayant eu des hémorragies de la délivrance, 3 ont présenté de la sensibilité utérine dès le lendemain ou les jours suivants.

## VALEUR PRONOSTIQUE DE LA SENSIBILITÉ UTÉRINE

Nous avons dit au début que sur 185 femmes examinées au hasard pendant les mois derniers, nous avions trouvé chez 41 de ces femmes de la sensibilité utérine en général très légère. Sur ces 41 femmes deux seulement ont fait une complication puerpérale grave, une un phlegmon du ligament large, et l'autre une fièvre puerpérale qui entraîna la mort (elle n'avait d'ailleurs pas accouché à la Maternité de Boucicaut, mais y avait été envoyée à cause de la gravité de l'infection puerpérale qu'elle présentait et qui dès le 5e jour après l'accouchement laissait prévoir une issue fatale).

Nous n'avons pas rapporté les deux observations, puisque nous avons voulu limiter notre thèse à l'étude de la sensibilité utérine dans l'après-part normal ou subnormal.

Nous pouvons donc remarquer que 39 fois sur 41, l'existence de sensibilité utérine dns l'après-part n'a pas annoncé ou traduit le développement d'une infection puerpérale sévère.

Il convient donc, comme M. Le Lorier nous l'a fait

dire au début, de ne pas se hâter de faire un curettage à toutes les femmes présentant de la sensibilité du fond utérin, des cornes ou des bords puisque dans 39 cas sur 41 observés, la sensibilité a disparu seule, sans autre traitement que le séjour au lit, dont la durée n'a souvent pas dû être allongée et n'a pas dépassé les 12 jours habituels dans les Maternités.

Chez toutes nos femmes, la sensibilité n'a traduit qu'une infection utérine légère, une endométrite puerpérale bénigne dont le pronostic n'avait pas la moindre gravité immédiate.

Il aurait été intéressant de constater vers le 3e ou 4e jour de la sensibilité utérine comme signe avertisseur d'une phlébite qui se serait développée le 9e jour, mais nous n'avons pas constaté de tel cas. Nous n'avons pas trouvé la moindre sensibilité chez deux femmes qui ont été atteintes de phlébite durant la période où nos recherches ont porté.

Quant au pronostic plus lointain, notre observation personnelle est de trop peu de durée pour nous avoir permis d'en juger. Néanmoins, d'après le petit nombre d'accouchées qui reviennent ensuite à la consultation de gynécologie, on peut supposer que la plupart de celles qui avaient eu de la sensibilité utérine pendant l'après-part, n'ont pas présenté ensuite le moindre trouble susceptible d'entraver leurs occupations habituelles ou d'attirer leur attention pour les amener à se faire examiner.

Louis Feuillade, dans sa thèse sur *La tuberculose génitale dans ses rapports sur la puerpéralité*. cite des exem-

ples de tuberculose utéro-annexielle à marche rapide, se développant après un accouchement et dont le premier symptôme aurait été une sensibilité utérine légère survenue dans les premiers jours de l'après-part et parfois même dès le 2e jour.

Il existe certainement des cas analogues d'infection génitale non tuberculeuse dont un léger signe de sensibilité utérine précèda et annonça le développement ultérieur et lointain. Bar-Brindeau nous parlent d'infections utéro-ovariennes d'origine gonococcique débutant par une légère sensibilité utérine, mais nous aurions aimé trouver des exemples où la femme présente de la sensibilité utérine, se rétablit complètement et plus tard revint consulter pour les symptômes douloureux dus à une rétroversion, à une métrite, ou à une salpyngite dont l'origine serait nettement puerpérale, et dont nous aurions pu, presque à coup sûr, prédire le développement dans le cas de sensibilité utérine dans l'après-part.

## CAUSES D'ERREUR

Les résultats que nous donnons sont évidemment sujets à maintes ereurs, d'abord celles qui peuvent résulter de notre inexpérience.

Il nous faut ensuite remarquer que le moyen d'investigations que nous avons choisi est peu précis. Même avec la plus grande attention, il sera difficile d'admettre qu'une même pression, d'intensité équivalente, ait pu être exercée chez toutes les différentes femmes. L'imperfection de notre technique pourrait donc à elle seule suffire à expliquer des erreurs.

Mais de nombreuses causes tenant non plus à nous, mais aux femmes ont pu augmenter encore l'incertitude de nos résultats.

Parmi les causes d'erreur, variables d'une femme à l'autre, nous avons en premier lieu :

1° *La difficulter d'affirmer l'existence et d'apprécier l'intensité d'un phénomène aussi subjectif qu'une sensasation douloureuse.*

Nous savons que le palper est douloureux seulement si la femme nous en avertit verbalement. Si notre examen provoque chez elle des mouvements réflexes de défense

qui sont bien encore la meilleure traduction de ses sensations, ils ne sont pas sous l'influence de la volonté et à moins que la femme ne soit particulièrement nerveuse ou pusillanisme, ils sont réellement une marque de souffrance. La parole au contraire nous renseigne moins bien, les femmes pouvant être plus ou moins douillettes et certaines déclarer souffrir à peine, alors que d'autres chez qui la douleur ne sera pas plus forte, affirmeront souffrir beaucoup.

Comme deuxième cause d'erreur, nous avons :

2° *Les différences de sensibilité d'épaisseur et de tonicité de la paroi abdominale chez les différentes femmes.*

Les hyperesthésies à la palpation superficielle ou à la palpation profonde dont le siège réel n'a rien d'utérin, mais qui peut néanmoins paraître tel à un examen rapide, pourraient nous induire en erreur dans le cas exceptionnel où il en existerait.

Des différences d'épaisseur et de tonicité de la paroi abdominale rendent la douleur plus difficile à évaluer exactement.

Chez une femme maigre, l'utérus sera plus facilement accessible que chez une femme obèse. De même, chez une multipare, aux muscles relâchés et fatigués que chez une primipare dont les muscles fermes ne se laissent pas déprimer et protègent l'utérus contre la palpation.

3° *Dans certains cas, des antécédents pathologiques peuvent à eux seuls expliquer la sensibilité produite par la palpation.*

1) Les douleurs provoquées par la palpation vésicale

dans le cas de cystite préexistante, d'origine tuberculeuse ou colibacillaire ou même développée dans les jours qui ont suivi l'accouchement après des cathétérismes septiques ;

2) les phénomènes douloureux de colite, d'appendicite ou d'inflammation du rectum — salpingite ;

3) les douleurs dues à des adhérences qui avaient pu se former après une opération antérieure, ou après une crise douloureuse d'appendicite ou colite survenue, au cours de la grossesse, que l'accouchement a tiraillées ou rompues et qui sont douloureuses au palper abdominal.

4° *Les douleurs causées par la palpation d'une vessie distendue.*

En exposant la technique employée, nous avons fait observer que les résultats obtenus n'auraient de valeur que si l'on avait éliminé les causes d'erreurs dues à la distension de la vessie.

C'est un fait banal que la hauteur du fond de l'utérus est, dans les premiers jours, surtout influencée par l'état de réplétion de la vessie et qu'une petite quantité d'urine dans la vessie, 100 cc. par exemple, suffit à élever le fonds de l'utérus à une certaine hauteur. Il se peut qu'elle suffise aussi à rendre le simple palper abdominal douloureux.

5° *Douleurs causées par la palpation intestinale dans le cas de constipation.*

La moindre pression sur l'abdomen peut être douloureuse dans le cas de constipation opiniâtre comme

celle qui existe si souvent chez les nouvelles accouchées. Nous avons vu certaines rester 4 jours et même davantage sans aller à la selle en refusant le laxatif présenté. Si, dans ces cas, l'utérus nous avait paru sensible notre observation n'aurait peut-être pas eu grande valeur.

Nous allons maintenant aborder les causes d'erreur tenant à l'utérus lui-même, c'est-à-dire :

6° *Les déviations utérines*, plus particulièrement la rétroversion et l'inclinaison latérale.

Chez les femmes présentant une rétroversion il est difficile de reconnaître par le palper abdominal, la position exacte du fond utérin pendant l'involution utérine. On peut parfois appuyer fortement sur la paroi abdominale, croire sentir l'utérus douloureux, alors qu'en réalité l'utérus dévié en arrière est inaccessible à notre examen, et les douleurs que nous avons provoquées sont dues à une pression trop forte sur un intestin sensible.

De même dans un utérus fortement latéro-fléchi à droite ou à gauche nous pouvons chercher l'utérus à l'endroit où il devrait être normalement et provoquer une douleur qui n'a rien d'utérin.

7° *La principale cause d'erreur réside encore dans l'existence simultanée chez une même femme de tranchées utérines et de sensibilité utérine provoquée par le palper.*

Mais :

a) *cette cause d'erreur existe rarement chez les primipares* où la sensibilité utérine se rencontre dans une propor-

tion presque aussi grande que chez les multipares 20 °/° au lieu de 25 %.

b) *Nous pouvons essayer de l'éviter en palpant l'utérus dans l'intervalle de ses contractions douloureuses*, mais nos résultats seront malgré tout contestables dans le cas où les contractions utérines seraient très rapprochées, et où l'utérus resterait sensible dans leur intervalle. Cette sensibilité augmenterait forcément dans le cas d'influence extérieure excitante, venant hâter la production d'une nouvelle contraction.

c) *De plus la date, où apparaît la sensibilité utérine coïncide rarement avec celle où les tranchées utérines sont le plus violentes.* Nous avons trouvé 4 cas seulement où la sensibilité utérine, apparue de façon précoce le 2e jour, aurait pu être due à des tranchées utérines se produisant au moment précis où la main palpait l'abdomen.

Mais dans ces cas nous avons pris soin de voir si la sensibilité persistait après notre examen, ou bien au contraire cessait dès que nous n'exercions plus de pression. Dans ce dernier cas, nous avons admis que notre palper était seul cause de la douleur, et ce sont ces cas très nets seulement que nous avons rapporté dans nos observations.

Dans nos observations nous avons trouvé la sensibilité utérine apparaître précocement vers le 3e ou 4e jour, c'est-à-dire au moment où les tranchées utérines ne se produisent plus du tout, ou plus que très rarement.

En outre, cette sensibilité qui apparaissait le 3e ou le 4e jour, persistait jusqu'au 5e ou 6e jour, époque à laquelle il ne peut plus être question de tranchées utérines.

Cette cause d'erreur n'est pas non plus à envisager dans tous les cas où la sensibilité utérine est apparue de façon tardive, vers le 8e, 10e ou même 11e jour.

## CONCLUSIONS

**I.** Pendant l'après-part normal ou sub-normal, la sensibilité utérine, symptôme assez fréquent se localise le plus souvent au niveau du fond utérin, un peu moins fréquemment au niveau de la corne utérine ou du bord latéral droit, rarement vers la face antérieure ou la corne gauche.

**II.** Cette sensibilité est en général minime ; son apparition assez précoce ; sa durée ne dépasse guère deux ou trois jours.

**III.** Quand elle existe, on trouve dans 80 % des cas des causes de troubles dans la sphère génitale : maladies antérieures, anomalies de l'accouchement ou de la délivrance.

**IV.** Dans 25 % des cas, elle s'accompagne d'une élévation légère de température mais les modifications concomitantes des lochies sont rares.

**V**. On peut admettre qu'elle traduit un léger degré d'infection, le plus souvent sans gravité immédiate. Quant aux conséquences éloignées, notre observation personnelle, ayant duré trop peu de temps, ne nous a pas permis d'en juger.

*Vu : Le Doyen,*
H. ROGER.

*Vu : Le Président,*
COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :
*Le Recteur de l'Académie de Paris,*
CHARLETY

## BIBLIOGRAPHIE


**Ambroise Paré**. — *Traité de la génération* (2e édition 1579).

**Saint Germain**. — Eschole des sages-femmes (1650).

**Viardel**. — *Observations sur la pratique des accouchements*, 1671.

**Portal**.— *La pratique des accouchements* (1682).

**Puzos**. — *Traité d'accouchement* (1759).

**Astruc**. — *Traité complet des accoucheurs* (1833).

**Madame Lachapelle**. — *Pratique des accouchements* (1821).

**Madame Boivin**. — *Memorial de l'art des accoucheurs* (1833).

**Campbell**. — *Introduction to the study and practice of midwifery* (1835).

**Magrier et Holmayrand**. — *Nouvelles démonstrations d'accouchement* (1840).

**Wieland**.— Etude de l'évolution de l'utérus pendant la grossesse et sur le retour de cet organe à l'état normal après l'accouchement. (*Thèse* de Paris, 1858),

**Autefage**. — Retrait de l'utérus après l'accouchement. (*Thèse* de Paris, 1869).

**Depaul**. — Leçons de clinique obstétricale (1872).

**Serducoff**. — *The Edinburgh med. Journal* (1875).

**Sinclair**. — *Puerperal Involution* (Boston, 1880).

**Simpson**. — Morbid deficiency and morbid excess in the evolution of the uterus after delivery (*Monthly J. M. Soc.*, London, 1880).

**Milsom**. — Contribution à l'étude de l'involution utérine. (*Thèse* de Lyon, 1881).

**Ganzinotty**. — Etude de l'involution utérine dans les premiers jours de suites de couches normales.—Application de la méthode graphique; recherches cliniques sur les rapports qui existent entre la fièvre et l'arrêt de l'involution. (*Thèse* de Nancy, 1882).

**Pinard**. — *Traité du palper abdominal* (1889).

**Silvie**. — Contribution à l'étude de la régression utérine. (*Thèse* de Paris, 1898).

**Leclerc-Montmoyen**. — De l'involution utérine dans l'albuminurie. (*Thèse* de Lyon, 1903).

**Camacho**. — Recherches sur l'involution utérine. (*Thèse* de Paris, 1906).

**Valette**. — De l'involution utérine. (*Thèse* de Paris, 1910).

**Goldenberg**. — *Etude clinique de l'involution utérine* (1911).

**Chabrun**. — Température pendant le travail;
aux points de vue maternel et fœtal. (*Thèse* de Paris, 1912).

**Théoharide**. — Inversion récente et ancienne d'origine puerpérale; traitement chirurgical. (*Thèse* de Paris, 1912).

**Lee (Joseph)**.— *The principles and practice of obstetrics*. (Philadelphie, Saundlers, 1913).

**Labrue**. — Distension des cornes au cours de l'état puerpéral. (*Thèse* de Paris, 1918).

**Crivelli**. — Rétrodéviations partiellement irréductibles de l'utérus gravide. (*Thèse* de Paris, 1919).

**Genty**. — Infection post-partum; traitement par la méthode Dakin-Carel .(*Thèse* de Paris, 1920).

**Benoit**. — Fièvre puerpérale. — Prophylaxie, curettage dans les suites de couches. (*Thèse* de Paris, 1920).

**Bougenot**. — Utérus post-partum. — Traitement par un procédé pratique de nettoyage. (*Thèse* de Paris, 1920).

**Darène**. — Inversion puerpérale de l'utérus. (*Thèse* de Paris, 1922).

**Soupault**. — Accouchements et post-partum, choc. (*Thèse* de Paris, 1924).

**Dubrisay** et **Jeannin**. — *Précis d'accouchement* (6e édition, Paris, 1924).

**Fabre**. — *Précis d'obstétrique*, édition de 1924.

**Maygrier** et **Schwaab**. — *Précis d'obstétrique* (2e édition).

**Wallich**. — *Eléments d'obstétrique*, 4e édition, 1921)

**Noguères**. — Hémorragies secondaires du post-partum liées à une rétention placentaire; étude clinique et thérapeutique. (*Thèse* de Paris, 1924).

**Paul Feuillade**.= La tuberculose génitale dans ses rapports avec la puerpéralité. (*Thèse* de Nancy, 1924).

**Delpey Rou**. — Involution puerpérale. — Etude clinique. (*Thèse* de Paris, 1925).

**Zuber**. — Rôle de la rupture prématurée des membranes dans l'infection des suites de couches. (*Thèse* de Paris, 1925).

**Bar-Brindeau** et **Chambrelent**. — *La pratique de l'art des accouchements* (4e édition refondue, publiée sous la direction de A. Brindeau, 1927).

Imprimerie J. BIÈRE, 18, rue du Peugue. — Bordeaux. — 1928